ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ
ИМ. В.П. СЕРБСКОГО

МЕДИЦИНСКАЯ И СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

курс лекций

ГЕНЕЗИС

SHOUT
SHARE
IT

Annotation

Учебное пособие представляет собой первое отечественное издание, в котором в лекциях ведущих ученых отражен системный междисциплинарный подход к подготовке специалистов в области медицинской и судебной психологии. Освещены проблемы патопсихологии, психодиагностики, психокоррекции, психологии аномального развития, судебной психиатрии, психиатрии чрезвычайных ситуаций, наркологии, суицидологии, виктимологии, агрессиологии, сексологии, психосоматики. Особое внимание уделено организационным, теоретическим, методологическим, этическим основам и предметным видам комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах.

Для студентов психологических факультетов (направление «Психология», специальность «Клиническая психология»); медицинских и юридических психологов, судебных психиатров, обучающихся в системе дополнительного послевузовского образования; судебно-психологических и судебно-психиатрических экспертов.

- Медицинская и судебная психология
  -
  - Ф.С. Сафуанов,
  - Т.Б. Дмитриева,
  - Раздел 1
    - Ф.С. Сафуанов,
    - Е.И. Сулимовская,
    - Ф.С. Сафуанов,
    - Н.В. Дворянчиков,
    - В.Г. Булыгина,
  - Раздел 2
    - А.Я. Иванюшкин,
    - В.В. Вандыш-Бубко,
    - Н.К. Харитонова,
    - В.А. Гурьева,
    - А.Л. Игонин,
    - А.А. Ткаченко,
    - В.А. Тихоненко,
    - А.Ю. Березанцев,
    - З.И. Кекелидзе,
  - Раздел 3

        - Ф.С. Сафуанов,
        - Ф.С. Сафуанов,
        - Ф.С. Сафуанов,
        - Ф.С. Сафуанов,
    - Раздел 4
        - Ф.С. Сафуанов,
        - Ф.С. Сафуанов,
        - М.А. Качаева,
        - Е.Г. Дозорцева,
        - М.В. Морозова,
        - Н.Б. Морозова,
        - Ф.С. Сафуанов,
        - Ф.С. Сафуанов,
    - Приложения
        - Приложение 1
        - Приложение 2
        - Приложение 3
        - Приложение 4
- notes
    - 1
    - 2
    - 3
    - 4
    - 5
    - 6
    - 7
    - 8
    - 9
    - 10
    - 11
    - 12
    - 13
    - 14

Медицинская и судебная психология Курс лекций

© Издательство «Генезис», 2004, 2016.

* * *

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук, руководитель лаборатории Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, заведующий кафедрой клинической и судебной психологии МГППУ

Вместо предисловия к четвертому изданию о Татьяне Борисовне Дмитриевой (1951–2010)

В начале 1993 года Т.Б. Дмитриева пригласила меня работать на только что созданной ею на базе Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского кафедре социальной и судебной психиатрии факультета постдипломного профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Передо мной были поставлены две задачи: первая – читать лекции по клинико-психологическим темам и проблемам комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) общим и судебным психиатрам; вторая – организовать курсы повышения квалификации медицинским психологам, участвующим в производстве судебных экспертиз. Первый такой цикл был организован в 1993 году. Эти курсы, которые проводятся один раз в год, сразу обрели популярность не только в масштабах Российской Федерации, но и в пространстве бывших советских республик: на них обучались эксперты-психологи из Литвы, Беларуси, Казахстана, Молдовы, Украины. Если в 90-е годы количество обучающихся составляло 30–50 человек, то в последнее время регулярно приезжают повышать квалификацию более 100 психологов. Среди них – не только медицинские психологи организаций Минздрава России, но и эксперты-психологи учреждений Минюста России, психологи из различных

силовых структур, научные работники и преподаватели высших учебных заведений. Каждый год проводятся и выездные циклы в регионах страны.

Татьяна Борисовна уделяла большое внимание процессу обучения медицинских и судебных психологов, всегда участвовала в круглых столах при открытии цикла и при его завершении. В начале обучения она интересовалась пожеланиями курсантов, а на завершающем собрании просила поделиться их своим мнением о достоинствах и недостатках проведенных занятий, о проблемах профессиональной деятельности. Эта постоянная обратная связь заставляла преподавателей все время совершенствовать свои лекции и практические занятия, а меня как куратора цикла – регулярно вводить новые актуальные темы, касающиеся патопсихологических, судебно-психологических и смежных дисциплин, привлекать к проведению занятий ученых, разрабатывающих эти темы. Именно в таком диалоге Т.Б. Дмитриевой с курсантами и родилась идея создания этого сборника: психологи говорили о потребности в более углубленном изучении тем, освещающихся в лекциях, и жаловались на то, что литература, рекомендованная преподавателями, издана в различных журналах и сборниках, часто малотиражных и малодоступных психологам, проживающим в регионах. Тогда мы и приняли решение о создании учебного пособия, в котором был бы отражен спектр дисциплин, необходимых для постдипломной подготовки медицинских психологов, участвующих в проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах. Первое издание (2004) разошлось очень быстро, потом книга переиздавалась в 2005 и 2009 годах. Она оказалась востребованной не только психологами-экспертами, но и психологами, не участвующими в экспертизе, а также психиатрами, в первую очередь – судебно-психиатрическими экспертами.

Хочется отметить, что медицинские и юридические психологи, в первую очередь судебно-психологические эксперты, ощущали доброжелательное отношение и поддержку Т.Б. Дмитриевой на всех уровнях. Эта поддержка основывалась на ее глубоком понимании роли психологии при решении научных и прикладных задач, стоящих перед различными медицинскими и юридическими практиками.

Значительным вкладом в становление судебно-психологической службы в судебно-экспертных учреждениях Минздравсоцразвития РФ явился Приказ Минздрава России от 19.05.2000 г ода № 165 «О медицинском психологе в судебно-

психиатрической экспертизе» – документ, инициированный и поддержанный Т.Б. Дмитриевой. Значение этого приказа трудно переоценить: согласно ему, количество медицинских психологов в штатном расписании судебно-экспертных учреждений практически приравнялось к количеству судебно-психиатрических экспертов (на сегодняшний день около 900 ставок). Практические последствия выхода данного приказа не заставили себя ждать – за короткое время число проводимых в нашей стране КСППЭ в уголовном и гражданском процессах возросло до 50–55 тысяч в год и в настоящее время составляет примерно третью часть от числа всех судебно-психиатрических экспертиз. Т.Б. Дмитриева способствовала выходу и других ведомственных нормативных и подзаконных актов, повышающих эффективность профессиональной деятельности медицинских психологов, в частности Положения о производстве КСППЭ, Приказа МЗ РФ № 401, содержащего регламентацию составления заключения КСППЭ.

Забота о подготовке кадров в психологической области ярко проявилась в активном участии Т.Б. Дмитриевой (в содружестве с академиком РАО В.В. Рубцовым) в создании факультета юридической психологии МГППУ. Она поддержала и создание двух магистратур факультета – по юридической психологии детей и подростков, по судебно-психологической экспертизе.

При переходе отечественной системы высшего образования на принципы Болонского соглашения Т.Б. Дмитриева сыграла значительную роль, во-первых, при решении вопроса о сохранении специальности «Клиническая психология», во-вторых, при разработке Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности «Клиническая психология» третьего поколения.

В роли председателя Ученого совета по психиатрии Минздрава России и председателя Ученого совета Центра им. В.П. Сербского Т.Б. Дмитриева часто включала в повестку дня заседаний актуальные вопросы медицинской и юридической психологии. К примеру, активно обсуждались вопросы взаимодействия судебных экспертов-психологов систем здравоохранения и юстиции, методологические проблемы КСППЭ в гражданском судопроизводстве, проблема участия психологов при применении принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами.

Т.Б. Дмитриева обладала выдающимся стратегическим мышлением, точно прогнозировала развитие научных направлений и практических отраслей в психиатрии и психологии, она всегда поддерживала разработку инноваций и

способствовала апробации и внедрению наиболее эффективных из них. Не случайно наиболее проработанные стандарты и алгоритмы в различных предметных видах КСППЭ изданы под ее руководством и редакцией – это касается и экспертизы несовершеннолетних обвиняемых, и экспертизы матерей, обвиняемых в убийстве новорожденного, и экспертизы аффекта, и многих других.

Мы надеемся, что настоящее издание окажется полезным для широкого круга специалистов – психологов и психиатров.

Т.Б. Дмитриева,
академик РАМН, директор ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, заведующая кафедрой социальной и судебной психиатрии ФППО ММА им. И.М. Сеченова

Предисловие к первому изданию

Решение проблем современной психиатрии требует применения системного междисциплинарного подхода, использования широкого спектра биологических и психологических методов исследований. Но если биологическая психиатрия в России успешно развивается еще с начала XX века, то медицинская психология имеет более короткую историю. Научные и прикладные психологические исследования в психиатрии активно проводятся примерно с начала 60-х годов прошлого столетия, именно к этому периоду относятся классические работы Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Полякова в области патопсихологии – разделе медицинской психологии, получившем развитие в нашей стране.

Особенно актуально объединение усилий клиницистов и психологов в судебной психиатрии. Это обусловлено тем, что решение судебных экспертных вопросов требует не только диагностики психического состояния обвиняемых, свидетелей, потерпевших, других подэкспертных, но и определения юридических критериев, которые, как правило, в уголовном и гражданском законодательствах сформулированы в психологических понятиях. Правильная квалификация преступлений, индивидуализация уголовной ответственности, другие судебные решения зависят не столько от наличия тех или иных психических расстройств у лиц, подвергающихся судебной экспертизе, сколько от установления влияния этих расстройств на их сознание и волевую регуляцию деятельности в юридически значимой ситуации.

Поэтому с начала 90-х годов мы, определяя направления развития Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, в соответствии с

современными тенденциями системного подхода избрали стратегию своеобразной диверсификации при использовании научных кадров в области медицинской психологии. Традиционная модель структуры научно-исследовательского учреждения, занимающегося психиатрией, предполагает наличие одной отдельно функционирующей лаборатории психологии. Как показывает практика, обычно такое подразделение не может эффективно взаимодействовать с большинством клинических отделений, разрабатывающих разнообразные, подчас далекие друг от друга научные темы. Это приводит к тому, что психологическая лаборатория сосредотачивает свои силы на развитии одного, в лучшем случае – двух научных направлений, в то время как практически каждая научная тема в социальной и судебной психиатрии требует комплексного клинико-психологического подхода.

Стратегия диверсификации как раз и подразумевает, в противовес концентрации научных кадров в области клинической психологии в одном месте и жестко централизованному их управлению, размещение их в различных подразделениях, занимающихся широким спектром актуальных проблем психиатрии под руководством лидеров соответствующих научных направлений.

В нашем Центре в настоящее время функционирует три самостоятельных научных психологических подразделения: лаборатория психологии Отдела экспертизы в уголовном процессе, лаборатория психологии Отдела судебно-психиатрических проблем детского и подросткового возраста, лаборатория судебной психологии Отдела экспертизы в гражданском процессе.

Кроме того, медицинские психологи успешно работают в подразделениях Центра, занимающихся амбулаторными судебно-психиатрическими экспертизами; судебной сексологией; профилактикой общественно опасных действий психически больных; разработкой принципов лечения в судебной психиатрии; терапией больных наркоманиями и алкоголизмом; неотложной психологической и психиатрической помощью при чрезвычайных ситуациях; профилактикой психических расстройств и реабилитацией пострадавших при техногенных авариях и катастрофах; лечением и психокоррекцией психосоматических расстройств; нейрофизиологическими исследованиями.

В настоящее время в Центре работают около пятидесяти психологов, из них четыре доктора и более десяти кандидатов психологических наук.

Стратегия научных исследований в области общей и

судебной психиатрии, медицинской психологии неразрывно связана и со стратегией воспроизводства научных кадров. Поэтому начиная с 1992 года, с момента образования кафедры социальной и судебной психиатрии факультета постдипломного профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, с курсантами-психиатрами проводятся занятия (лекции, семинары) не только по традиционным клиническим дисциплинам, но и по медицинской и судебной психологии, в соответствии с программами и учебными планами, утвержденными Минздравом РФ. А с 1993 года кафедра проводит один раз в год учебный цикл повышения квалификации (72 учебных часа) медицинских психологов, работающих в системе здравоохранения страны.

Вопросы медицинской и судебной психологии освещаются не только при дополнительном обучении психологов – в настоящее время в обязательный образовательный стандарт высшего образования по специальности «Клиническая психология» входит курс «Клиническая психология в экспертной практике». Во многих вузах этот курс читают сотрудники нашего Центра.

Чем мы руководствовались при составлении программы подготовки психологов по медицинской и судебной психологии и соответственно при определении содержания настоящего курса лекций?

Обучение специалистов в области медицинской и судебной психологии должно включать в себя организационно-правовые, теоретические, методологические и практические разделы и обеспечивать изучение клинических, психологических и правовых основ применения специальных психологических познаний при производстве судебно-психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз.

В последние годы число назначаемых правоохранительными органами комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, требующих применения специальных познаний и в психиатрии и в психологии, резко возросло. Сейчас в нашей стране проводится более 35 000 таких экспертиз в год. Увеличилось количество их видов, усложнились критерии клинико-психологической оценки психической деятельности направляемых на экспертизу лиц, что, несомненно, связано с принятием новых уголовного, уголовно-процессуального, гражданского, гражданского процессуального законодательств, а также Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

В соответствии с действующим законодательством следственные и судебные органы имеют право привлекать в

качестве эксперта любое лицо, обладающее специальными познаниями для дачи заключения. Практика показывает, что высшего психологического образования еще недостаточно для проведения судебно-экспертного исследования и дачи экспертного заключения, для того, чтобы считать, что психологи обладают такими специальными познаниями. Многие из них, приступая к экспертизе, не имеют представления о сущности экспертного исследования, о пределах своей профессиональной компетенции, о методах исследования объекта экспертизы, о процессуальных нормах, которых они должны придерживаться. Это зачастую приводит к судебным ошибкам или к увеличению числа повторных судебных экспертиз, продлению пребывания обвиняемых под стражей и т. п.

Цель обучения студентов и специалистов, повышающих квалификацию по медицинской и судебной психологии, – приобретение и совершенствование теоретических знаний и практических навыков и умений в области психологических экспертных исследований, а также приобретение знаний в области уголовного, уголовно-процессуального, гражданского, гражданского процессуального права, судебной психиатрии, патопсихологии, суицидологии, виктимологии, сексопатологии, наркологии, психодиагностики, психологии развития, психологии личности, психологии эмоций, психологии агрессии.

Учебная программа направлена на:

– активное усвоение теоретических знаний в области клинической (медицинской) психологии, необходимых при производстве судебной экспертизы;

– освоение организационно-правовых основ судебной экспертизы, ознакомление с правами и обязанностями судебного эксперта;

– овладение методологическими принципами психодиагностического исследования, используемыми при проведении судебно-психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз;

– освоение принципов экспертной психологической оценки лиц, направляемых на комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу;

– освоение этических и деонтологических принципов проведения судебной экспертизы;

– формирование представлений о пределах профессиональной компетенции медицинского психолога при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, принципах взаимодействия с правоохранительными органами, судебными экспертами-психиатрами и другими

специалистами.

Курс состоит из четырех программных разделов:

1. Использование психологических познаний в области судебно-психиатрической экспертизы.

2. Основы смежных с психологией дисциплин.

3. Общие проблемы судебных психолого-психиатрических экспертных исследований.

4. Виды комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз.

Все разделы курса тесно взаимосвязаны.

Цель первого раздела заключается в усвоении многообразных форм профессиональной деятельности медицинского психолога в области судебно-психиатрической экспертизы. Освещаются задачи патопсихологического обследования в зависимости от вида судебно-психиатрической экспертизы, особенности взаимодействия медицинского психолога с психиатрами и работниками правоохранительных органов, характеризуется деятельность психолога при проведении судебной сексолого-психиатрической экспертизы, а также при психокоррекционной работе с больными, совершившими общественно опасные деяния и находящимися на принудительном лечении.

Во втором разделе курса освещается роль и место психических расстройств и аномалий в преступном и виктимном поведении, сексуальных правонарушениях, суицидальных действиях, формировании зависимости от психоактивных веществ. Обсуждаются общие психологические и патопсихологические проблемы, возникающие в пограничных областях деятельности между медицинской психологией и психиатрией, наркологией, сексологией, суицидологией, криминологией, правом.

Третий раздел предусматривает усвоение обучающимися основных организационно-правовых, теоретических, методологических и этических аспектов профессиональной деятельности медицинского психолога при проведении судебной экспертизы. При каждом виде судебной экспертизы определяются цель психологического исследования, методические средства его обеспечения, пределы компетенции эксперта, объем, содержание и форма экспертного заключения.

Цель четвертого раздела курса – формирование представлений о предметных видах комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз: об их юридическом значении; об основных факторах, требующих учета при оценке особенностей психической деятельности подэкспертных лиц, которые интересуют судебно-следственные органы; о критериях

их клинико-психологической экспертной оценки.

В конце каждой лекции приводится список рекомендуемой литературы для самостоятельной работы студента или курсанта.

В этом курсе лекций отражен системный междисциплинарный подход к подготовке специалистов в области медицинской и судебной психологии. Впервые в одном издании представлены материалы, относящиеся к самым разным областям знаний, необходимые таким специалистам. Мы уверены, что книга будет способствовать подготовке новых кадров и повышению квалификации уже работающих психологов. Нам представляется, что она вызовет интерес не только у студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», и у медицинских психологов и психиатров, работающих в области судебной экспертизы, но и у всех специалистов (психологов, психиатров, социальных работников), занимающихся охраной психического здоровья человека.

Раздел 1
Медицинская психология в практике судебной психиатрии

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Психодиагностические исследования в судебно-психиатрической практике

В практику современной психиатрии психологические познания внедрены уже довольно широко. Теоретические достижения и методические средства клинической психологии активно используются в психодиагностической деятельности врача-психиатра, при назначении адекватных способов реабилитации и лечения, и особое место они занимают в судебно-психиатрической экспертизе. Необходимость применения профессиональных знаний психолога в экспертной психиатрической практике определяется целым рядом моментов, среди которых первостепенными являются следующие.

Прежде всего рассмотрим соотношение таких теоретических дисциплин, как *патопсихология* и *психопатология*. Патопсихология как наука находится на стыке психологии и психиатрии, оставаясь при этом разделом психологии. Она исходит из теоретических представлений общей психологии, но направлена на решение задач (теоретических и прикладных), поставленных перед ней психиатрией. Если общая психология в целом изучает закономерности строения и протекания психической деятельности, то патопсихология исследует закономерности протекания и особенности структуры нарушений или расстройств психической деятельности.

У патопсихологии и психопатологии один и тот же объект исследования – психика человека. Именно это обстоятельство и позволяет комплексировать усилия психиатров и психологов в самых разных прикладных областях, в частности и в судебной экспертизе. Но из данного объекта патопсихология и психопатология вычерпывают разное содержание: предмет этих наук имеет свои особенности, отличные друг от друга. Если психопатологическое исследование выявляет закономерности проявлений (феноменологии) нарушенных психических процессов, то патопсихологическое – отвечает на вопрос: каковы нарушения или особенности протекания и структуры самих психических процессов при том или ином психическом заболевании? Именно поэтому психопатология описывает психику человека на другом языке, нежели патопсихология, – на языке клинических симптомов, синдромов, т. е. поведенческих

проявлений, в то время как патопсихология оперирует психологическими понятиями, требующими психодиагностического исследования с целью проникновения в механизмы психической деятельности. Понятийные аппараты патопсихологии и психопатологии лишь частично пересекаются в тех областях, где психология описывает проявления поведения (такова, к примеру, категория «характера»). Некоторые понятия, употребляемые и психиатрами и психологами (например, «сознание»), наполнены в этих науках разным содержанием. Не случайно патопсихология может выступать как теория психопатологии; по существу, как отмечал Ю.Ф. Поляков, в истории психиатрии прослеживаются только два направления теоретических исследований – биологическое и психологическое. Примером психологического направления может служить глубинная психология, или психоанализ, являющийся теоретической и методологической основой психодинамической психиатрии. Методы психопатологии – опрос, собирание анамнеза, наблюдение, изучение продуктов творчества – тоже направлены на изучение феноменологии, а психология использует психодиагностику, центральное место в которой занимает экспериментальный подход.

Из этого следует, что экспериментально-психологическое исследование является дополнением клинического изучения психики человека и стало одним из наиболее эффективных параклинических методов психиатрии. Этому способствует нацеленность экспериментально-психологического исследования на решение задач, соотносимых с практическими задачами клинической диагностики в судебно-психиатрической экспертизе.

Экспериментально-психологическое исследование дополняет клиническое исследование, реализуя естественно-научный, экспериментальный подход к психике человека как целостной системе, при этом сочетая качественный и количественный анализ патопсихологических данных и учитывая не только измененные, но и сохранные стороны психической деятельности обследуемого. Эффективное использование патопсихологического материала в клинических целях обусловлено и применением патопсихологом в ситуации судебной экспертизы всестороннего методического арсенала: как правило, при экспериментально-психологическом исследовании патопсихолог задействует до 10–15 методик, направленных на изучение особенностей познавательной деятельности (восприятия, внимания, памяти, мышления) и динамики умственной работоспособности, набор ориентированных на исследование личностных особенностей проективных методов, опросников. Кроме того, необходимость

решения экспертных медицинских вопросов, касающихся каких-либо периодов жизни испытуемого, позволяет привлечь метод психологического анализа различных документов (материалов уголовного дела, медицинской документации, содержащих объективные данные об особенностях развития человека, о психическом состоянии в интересующий суд период времени).

Вместе с тем возможность с помощью психологических методов выявлять и описывать особенности структуры самосознания, мотивации, раскрывать психологические механизмы поведения обусловливает более точное решение экспертных вопросов, касающихся установления и юридических критериев в разных видах судебно-психиатрической экспертизы. Особо высока роль использования психологических данных при судебно-психиатрической оценке пограничной психической патологии, когда клиническая квалификация психического состояния подэкспертного в юридически значимой ситуации не позволяет однозначно и с очевидностью решать вопросы о наличии или отсутствии того или иного юридического критерия, интересующего суд.

В целом использование психологических познаний в рамках судебно-психиатрической экспертизы способно повысить надежность, достоверность и информативность экспертных психиатрических выводов, обусловить большее доверие к ним со стороны судебных органов. К примеру, экспериментально-психологическому исследованию в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского в настоящее время подвергается более 80 % всех испытуемых, проходящих разные виды судебно-психиатрической экспертизы за год.

Основные задачи экспериментально-психологического исследования в судебно-психиатрической экспертизе

Экспериментально-психологическое обследование подэкспертного лица (изучение познавательных процессов и индивидуально-психологических особенностей) является обязательным компонентом экспертного исследования при судебно-психологической и комплексной психолого-психиатрической экспертизах. Вопрос об использовании психологического исследования в качестве параклинического метода в процессе судебно-психиатрической экспертизы решается каждый раз индивидуально, но не судом, а психиатром-экспертом (или комиссией психиатров-экспертов). Следует подчеркнуть, что в разных видах судебных экспертиз у психиатров нет обязанности

привлекать психологов для решения экспертных вопросов во всех случаях, и они не должны прибегать к помощи психологического исследования в отношении каждого подэкспертного, но могут делать это в тех случаях, когда это представляется целесообразным и необходимым.

Основными самостоятельными задачами экспериментально-психологического исследования в рамках судебно-психиатрической экспертизы являются:

1) предоставление дополнительных патопсихологических данных в целях дифференциальной диагностики;

2) установление степени выраженности (глубины) имеющихся у испытуемого психических расстройств.

Дополнительными задачами по отношению к основным являются:

1) выявление структуры нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности;

2) определение установок испытуемых по отношению к патопсихологическому обследованию и к ситуации экспертизы в целом.

Их решение обязательно как при решении первой, так и второй самостоятельной задачи.

Рассмотрим содержание выделенных задач патопсихологического исследования в контексте целей судебно-психиатрической экспертизы подробнее.

Дифференциальная диагностика. Основные сложности, возникающие при решении данной задачи, связаны, во-первых, с различными реактивными наслоениями на психическую деятельность вследствие привлечения к уголовной ответственности, во-вторых, с преобладанием в практике судебно-психиатрической экспертизы смешанных и стертых форм психической патологии. Кроме того, у лиц, ранее совершавших правонарушения и подвергавшихся принудительному лечению, наблюдается лекарственный патоморфоз. Это обусловливает поиск таких эффективных форм организации и проведения экспериментально-психологического исследования, которые нивелировали бы упомянутые сложности. Как известно из патопсихологической литературы, некоторые патопсихологические показатели нарушений психической деятельности чаще встречаются при одних видах психической патологии, а некоторые – при других. В то же время эти показатели не являются нозологически специфичными. Так, искажение процесса обобщения, как показано Б.В. Зейгарник, может встречаться и при шизофрении, и при психопатии. В связи с этим перспективным путем представления патопсихологических

данных в целях дифференциальной диагностики является выделение патопсихологических симптомокомплексов нарушений и особенностей познавательной деятельности.

Патопсихологический симптомокомплекс – это совокупность особенностей и нарушений познавательных процессов, относительно специфичных для той или иной клинической нозологии, имеющая в своей основе определенные психологические механизмы. Мной в соавторстве с И.А. Кудрявцевым в 1989 году в результате статистической обработки большого массива экспериментально-психологических заключений выделены и описаны патопсихологические симптомокомплексы нарушений и особенностей познавательной деятельности при шизофрении, психопатии и органическом поражении головного мозга, т. е. при наиболее часто встречаемых в судебно-психиатрической экспертизе нозологических формах психической патологии. Они обладают значительной диагностической информативностью и существенно повышают эффективность клинической диагностики.

Для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного больным шизофренией, наиболее патогномичным является следующий набор показателей: неадекватность ассоциаций с их формальностью или выхолощенностью, бессодержательностью; использование при обобщении несущественных, маловероятных (латентных) признаков объектов или субъективных критериев; некритичность мышления; резонерство; явления разноплановости; соскальзывание на случайные ассоциации в суждениях; использование вычурных или усложненных речевых высказываний; искаженное толкование условного смысла; колебания внимания и снижение его активности. Характерно, что выявленный комплекс нарушений познавательных процессов не зависит от уровня интеллекта – в данный симптомокомплекс с равной частотностью входят и категориальный, и функциональный, и конкретный уровни обобщения.

Патопсихологические расстройства при органическом психическом расстройстве имеют качественно иной характер. В патопсихологическом симптомокомплексе преобладают нарушения познавательной деятельности, связанные со снижением интеллекта: низкий (конкретный и конкретно-ситуационный) уровень обобщения; конкретный уровень ассоциаций; непонимание условного смысла; трудности установления логических (вербальных и наглядно-образных) связей и отношений. Обнаруживаются обстоятельность суждений, инертность мыслительных действий, застревание на несущественных деталях. В целом вербальный интеллект ниже

наглядно-образного. Нарушены мнестические процессы: уменьшен объем непосредственного и опосредованного запоминания. Характерны нарушения умственной работоспособности – колебания внимания, снижение его активности (расстройства концентрации и распределения внимания), замедленный и неравномерный темп умственной деятельности.

Основу патопсихологического симптомокомплекса, присущего психопатиям, составляют эмоциональная насыщенность ассоциаций (при их адекватности), аффективно обусловленное рассуждательство, претенциозность суждений, преобладание оценочных комментариев, использование при обобщении субъективных эмоциональных критериев. Отмечаются и актуализация несущественных признаков при обобщении, парциальная некритичность. Как и у больных шизофренией, эти качественные нарушения и особенности не зависят от уровня интеллекта.

Выделение патопсихологических симптомокомплексов имеет не только практическую ценность, но и теоретическое значение. Оно позволяет выявить факторы, лежащие в основе тех или иных патопсихологических синдромов.

Так, наши исследования показали, что «органический» симптомо-комплекс определяется одним общим фактором – снижением всех психических функций: внимания, памяти, мышления. Патопсихологические симптомокомплексы больных шизофренией и психопатией имеют полиморфную структуру.

В патопсихологическом симптомокомплексе при шизофрении выделяются три группы нарушений. Первая из них, объединяющая патопсихологические данные о снижении некоторых психических функций, по всей видимости, отражает нарастающий дефект психики у части больных шизофренией. На первый взгляд он схож с выделенным фактором снижения интеллекта при органическом поражении головного мозга, однако имеются достаточно четкие качественные различия, связанные с иной природой болезненного процесса. При органическом психическом расстройстве интеллектуальное снижение сопровождается проекцией собственных эмоциональных переживаний в материал заданий, а при шизофрении – формальностью ответов, нередко – их выхолощенностью, а также актуализацией несущественных свойств объектов при обобщении, что отражает типичные изменения мотивационно-смысловой сферы и нарушения селективности познавательной деятельности.

Вторая группа нарушений познавательной деятельности определяет качественные операциональные и мотивационно

обусловленные нарушения мышления при шизофрении.

Основу последней группы расстройств составляют нарушения логического компонента мышления.

Патопсихологический симптомокомплекс, присущий психопатическим личностям, также состоит из трех групп нарушений и особенностей познавательной деятельности. Первая группа отражает особенности операциональной сферы мышления, имеющие эмоциональную, аффективную природу.

Вторая группа включает претенциозность суждений, склонность к рассуждательству и оценочным комментариям – т. е. те показатели, которые зависят от аффективной логики, характерной для лиц, страдающих психопатиями.

Особый интерес вызывает третья группа нарушений, которая включает в себя такие нарушения мышления, как искажение процесса обобщения с использованием латентных признаков предметов и понятий, искаженное объяснение условного смысла, неадекватность ассоциаций и использование личностных субъективных предпочтений в обобщениях. Эти нарушения схожи с теми, которые входят в патопсихологический симптомокомплекс, свойственный больным шизофренией, но психологический теоретический и экспериментальный анализ показывает, что, несмотря на схожую феноменологию, в основе данных нарушений лежат различные психологические механизмы. В отличие от нарушений мышления при шизофрении искажения процесса обобщения и абстрагирования у психопатических личностей: 1) развиваются в наиболее четкой форме в состояниях эмоциональной напряженности (а не в любых условиях, как при шизофрении), 2) возникают преимущественно в ответ на аффективно и личностно значимые стимулы экспериментальных методик (а не на нейтральные, как при шизофрении), 3) при психопатиях нарушается смысловой компонент, но не происходит распада значения, как при шизофрении.

Следует отметить, что из-за преобладания у подэкспертных смешанных и стертых форм психической патологии часто при экспериментально-психологическом исследовании обнаруживаются патопсихологические показатели, которые трудно увязать в единый непротиворечивый симптомокомплекс. В связи с этим актуальным и перспективным направлением исследований является разработка проблемы информативности патопсихологических показателей, моделирующая алгоритм вероятностного решения дифференциально-диагностических задач.

Нами было проведено исследование информативности

патопсихологических показателей особенностей и нарушений познавательной деятельности и умственной работоспособности больных с использованием информационной меры Кульбака и процедуры последовательного распознавания образов. На основе статистического анализа большого массива экспериментально-психологических исследований испытуемых строились таблицы, в которых патопсихологические признаки располагались в порядке убывающей информативности, для дифференциальной диагностики между шизофренией, психопатией и органическим поражением головного мозга.

Выявилось, что одни показатели экспериментально-психологических заключений имеют бóльшую информативность и должны обязательно учитываться при вынесении диагноза, другие – меньшую, причем следует отметить, что одни и те же показатели могут иметь большую меру информативности при одних видах дифференциальной диагностики и не нести существенной информационной нагрузки – при других.

Так, при отграничении шизофрении от органического психического расстройства первостепенное значение имеют показатели, отражающие качественные особенности мыслительной деятельности (адекватность ассоциаций, искажение процесса обобщения, разноплановость, резонерство, критичность мышления).

При отграничении же органического поражения головного мозга от психопатии на первый план выступают иные показатели: нарушения внимания, уровень обобщения, снижение объема опосредованного запоминания, претенциозность суждений и т. п.

При дифференциальной диагностике между шизофренией и психопатией наряду с качественными особенностями мыслительной деятельности имеет значение снижение активности внимания, которое обусловлено при шизофрении не нарушениями умственной работоспособности (как при органическом поражении головного мозга), а снижением побудительной силы мотивов. Оказалось также, что данные экспериментально-психологического исследования наиболее информативны при дифференциальной диагностике шизофрении и органического психического расстройства и наименее – при разграничении шизофрении и психопатии.

Отметим, что представление об информативности патопсихологических признаков имеет значение не только для психиатров, проводящих дифференциальную диагностику, но и для патопсихологов: прежде всего становится понятным, квалификация каких нарушений познавательной деятельности важна при тех или иных видах дифференциальной диагностики,

кроме того, это приводит к необходимости в патопсихологических заключениях излагать сведения не только о выявленных нарушениях, но и об отсутствии определенных показателей (т. е. целесообразно указывать на сохранность некоторых сторон познавательной деятельности, имеющих высокую информативност ь при дифференциальной диагностике).

Определение степени выраженности (глубины) нарушений психической деятельности. Данная задача ставится перед патопсихологом в основном при сомнениях экспертов-психиатров не при диагностике, а при определении способности больного (чаще всего это лица с органическими поражениями головного мозга, больные олигофренией с различными формами дебильности) адекватно понимать значение своих поступков и полноценно их регулировать. Экспериментально-психологическое исследование наряду с определением патопсихологического симптомокомплекса психических расстройств при решении этой задачи включает выявление следующих обязательных компонентов:

1. *Общий уровень развития познавательной сферы.* Выявление общего уровня развития восприятия, внимания, памяти, мышления является основополагающим звеном оценки умственного развития подэкспертного. В психиатрии и психологии накоплен большой объем исследований недоразвития тех или иных психических процессов при умственной отсталости разной этиологии. В области перцептивных процессов – это прежде всего данные о замедленности и сужении объема зрительного восприятия, нарушения узнавания, опознания предметов, снижение активности восприятия, поверхностность или искажение смыслового восприятия ситуаций различной степени сложности. Наиболее типичные расстройства внимания при психическом недоразвитии или инволюционном развитии – снижение его активности, в основе которого могут лежать нарушения концентрации или распределения внимания; колебания внимания и умственной работоспособности; истощаемость психических процессов. Для умственно отсталых лиц характерны различные нарушения памяти – непосредственного и опосредованного запоминания, долговременной и кратковременной памяти, смыслового и механического запоминания. Основной недостаток мышления у невменяемых лиц – конкретность и примитивный характер обобщений, нарушения функций анализа и синтеза, непонимание условного смысла, недостаточная сформированность или несформированность полноценных умственных действий, нарушения логики суждений, слабость регулирующей функции

мышления.

2. *Объем общих сведений и знаний испытуемого*. При патопсихологическом обследовании в судебно-психиатрической экспертной практике необходимо выявлять и специальный аспект общего уровня развития познавательных процессов, связанный с определением того, насколько подэкспертное лицо поддается социально-педагогическим воздействиям: общий словарный запас, объем общих сведений и знаний, полученных в результате учебной деятельности и собственной познавательной активности испытуемого.

3. *Принципиальная способность испытуемого ориентироваться в практических, житейских ситуациях*. Экспериментально-психологические сведения об уровне общей ориентировки подэкспертного, так же как и установление объема общих сведений и знаний, имеют важное косвенное значение для судебно-психиатрической оценки способности обследуемого лица осознавать значение своих действий и осуществлять их произвольную регуляцию.

4. *Степень обучаемости*. При экспериментально-психологическом исследовании с целью определения степени выраженности психических расстройств очень важно не ограничиваться установлением только «актуального» уровня психического развития подэкспертного лица – необходимо, как об этом пишет А.Я. Иванова, особенно при исследовании несовершеннолетних, устанавливать и «зону ближайшего развития», т. е. потенциальные возможности овладения новыми способами умственных действий, новыми знаниями и умениями. Это имеет большое значение при судебно-психиатрическом отграничении умственной отсталости, связанной с болезненным процессом (олигофрении, органические поражения головного мозга и т. п.), от случаев педагогической или социальной запущенности лиц, являющихся в принципе психически здоровыми или имеющими нерезко выраженные психические аномалии. Выделение этого аспекта психической деятельности обусловливает построение экспериментально-психологического исследования при определении глубины психических нарушений у испытуемого не только как диагностической, но и как обучающей процедуры. Принципы обучающего эксперимента описаны А.Я. Ивановой и включают в себя: использование дозированной помощи со стороны экспериментатора на материале разного рода экспериментальных методов; регламентация отдельных видов помощи от наиболее скупых и сжатых «подсказок» до развернутых и подробных «уроков»; исследование восприимчивости к помощи, способности к

логическому переносу и ориентировочной деятельности испытуемого. Сам эксперимент проводится по схеме, состоящей из трех этапов: ориентировочный, основное задание (находящееся в «зоне трудности» для испытуемого), аналогичное задание.

5. *Уровень развития эмоционально-волевых структур*. Это наиболее сложная задача психодиагностического исследования, требующая высокой квалификации патопсихолога. Установление уровня личностной зрелости возможно только при одновременном анализе результатов выполнения экспериментальных методов (ведущее место среди которых занимают проективные методики, задания, направленные на изучение жизненных ценностей испытуемого, особенностей смыслового восприятия, структур самосознания), данных беседы и наблюдения, сведений из материалов уголовного дела.

Последовательность перечисленных задач экспериментально-психологического исследования определяет и их приоритетность по отношению к решению общих экспертных вопросов. Так, если общий уровень интеллектуального развития испытуемого таков, что препятствует ему осознавать значение своих действия и руководить ими, то не возникает большой необходимости привлекать патопсихологические данные об уровне развития эмоционально-волевых структур. Если же испытуемый обнаруживает пограничный уровень развития интеллекта, для точного решения вопроса о вменяемости необходимо использовать патопсихологические данные об уровне практической ориентировки, об обучаемости, об особенностях личностного развития и т. п. Такие комплексные требования к патопсихологическому исследованию обусловлены еще и тем, что, кроме решения экспертных вопросов, возникает необходимость выбора реабилитационных мероприятий в отношении освидетельствуемых лиц, например, при отграничении умственной отсталости от отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, вследствие социальной и педагогической запущенности. Необходимо отметить, однако, что определение уровня зрелости эмоционально-волевых структур является наиболее сложной и наименее разработанной клинико-психологической проблемой.

Определение структуры нарушений психической деятельности.

Проведение экспериментально-психологического исследования в контексте судебной экспертизы требует обязательного решения данной задачи и при дифференциально-диагностической направленности патопсихологического

исследования, и при определении глубины психической патологии испытуемого. Это обусловлено прежде всего тем, что не существует однозначного соответствия между клинико-нозологической диагностикой и решением экспертных вопросов: так, часть больных шизофренией в состоянии ремиссии могут признаваться способными осознавать фактической характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, напротив, часть страдающих психопатией в состоянии декомпенсации могут быть признаны неспособными к осознанно-волевой регуляции криминальных действий – в конечном итоге экспертное решение во многом зависит не только от диагноза, но и от установления структуры психических нарушений, соотношения сохранных и патологических структур психики, содержания психологических факторов, лежащих в основе тех или иных нарушений психической деятельности.

Здесь особенно наглядно проявляется принцип системно-структурного анализа психической деятельности: выявление качественных особенностей отражательных и регуляторных структур, соотношения их сохранных и нарушенных компонентов чрезвычайно важно для экпертного определения способности подэкспертного в реальной жизненной ситуации осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Следует также особо отметить, что количественные данные многих методик (типа теста Векслера) не являются информативными по отношению к решению экспертных вопросов – часто результаты лиц, признаваемых вменяемыми и невменяемыми, при выполнении этих методик не отличаются друг от друга.

Определение структуры нарушений психических процессов, их соотношения с сохранными сторонами психической деятельности может при некоторых видах судебно-психиатрической экспертизы выступать и как самостоятельная задача исследования.

Так, в рамках судебно-психиатрической экспертизы при определении ограниченной способности обвиняемого осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими вследствие психического расстройства, в заключении экспериментально-психологического исследования, кроме определения степени выраженности расстройств психической деятельности, рекомендуется отразить прежде всего структуру психических нарушений, соотношение сохранных и патологических звеньев психической деятельности, содержание психологических факторов, лежащих в основе тех или иных нарушений психической деятельности. Особое внимание следует

обратить на сохранность критичности, степень опосредованности своих действий, компенсаторные психологические механизмы и т. п.

В судебно-психологической экспертизе определение структуры нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности также является основной задачей, создавая предпосылки ответа на экспертные вопросы, задаваемые эксперту-психологу судебно-следственными органами. Особо важное значение решение данной задачи имеет при судебно-психологическом определении меры регуляции криминального поведения у несовершеннолетнего обвиняемого с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, а также при установлении существенного влияния индивидуально-психологических особенностей взрослого обвиняемого на его поведение в криминальной ситуации.

Определение установок испытуемых. Различные смысловые установки испытуемых по отношению к экспертизе в целом и, в частности, к ситуации патопсихологического обследования очень широко представлены в судебно-психологической, судебно-психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе.

Это прежде всего *симуляция* – осознанное и целенаправленное предъявление несуществующих признаков психических расстройств.

Более сложными для диагностики являются формы симуляции, возникающие на патологической почве, у лиц с уже имеющимися психическими нарушениями – аггравация, метасимуляция и сюрсимуляция.

Аггравация – осознанное преувеличение незначительно выраженных психических изменений, особенно часто проявляющееся при экспериментально-психологическом исследовании в виде демонстрации явного слабоумия лицами, имеющими нерезко выраженный интеллектуальный дефект (легкая степень умственной отсталости, больные с органическим психическим расстройством и др.).

Метасимуляция заключается в осознанном предъявлении психопатологической симптоматики когда-то перенесенного психического заболевания, которым к моменту исследования подэкспертный уже не страдает.

Особо сложной для распознавания является *сюрсимуляция* – когда подэкспертный действительно страдает каким-либо психическим заболеванием, но при этом предъявляет картину другого, несвойственного ему нарушенного психического состояния. Поведение больного в этих случаях определяется

сложным переплетением смысловой установки с искаженным восприятием действительности и самого себя, психопатологическими мотивами и нарушениями мышления, характерными для его психического заболевания.

Кроме того, необходимо выделить деятельность подэкспертного, обратную симуляции, – диссимуляцию. *Диссимуляция* – это сокрытие или утаивание психически больным проявлений своего болезненного состояния, собственных психических расстройств.

Такое разнообразное проявление различных смысловых установок по отношению к ситуации судебной экспертизы определяет необходимость их выявления практически при каждом экспериментально-психологическом исследовании подэкспертных для реализации его основных задач – определения патопсихологического симптомокомплекса в целях дифференциальной диагностики и установления истинной степени выраженности имеющихся психических расстройств. При решении данной задачи особую актуальность приобретает разработка адекватных приемов квалификации установок испытуемых: в первую очередь эффективными способами определения установок, по мнению А.Н. Лавриновича и Е.П. Москаленко, являются целостный синдромальный анализ данных патопсихологического исследования и применение некоторых дополнительных критериев – сопоставление прямых и косвенных результатов деятельности испытуемых в ситуации эксперимента, сопоставление уровня объективной сложности патопсихологической методики и уровня их выполнения испытуемым и др. Не теряют своей актуальности и описанные Я.М. Калашником приемы распознавания аггравации: предъявление сверхлегких заданий, которые заведомо могут быть выполнены и слабоумными больными, сопоставление латентного периода при выполнении методик разного уровня сложности и т. п.

Определение вида смысловой установки подэкспертного имеет значение и для судебно-психиатрического распознавания симуляции и ее разновидностей. Следует, однако, иметь в виду, что часто подэкспертные, подготовившись к демонстрации, предъявлению несуществующих у них психопатологических симптомов перед врачами-психиатрами, теряются в ситуации экспериментально-психологического исследования, поскольку готовы к искажению своего анамнеза, соответствующему поведению во время клинической беседы, при общении с другими подэкспертными, но не понимают, как те же поведенческие и речевые нарушения должны проявляться при выполнении

экспериментальных методик. В то же время сама ситуация экспериментального исследования нередко провоцирует подэкспертных к тем или иным формам симуляции, которые не проявляются при клиническом психиатрическом обследовании. Так, при выполнении заданий, направленных на изучение уровня интеллекта, может проявиться аггравация; характер вопросов опросника MMPI иногда провоцирует ответы, утяжеляющие психическое состояние, или, напротив, способствует диссимуляции имеющихся психических нарушений.

Структура заключения по результатам экспериментально-психологического исследования

Данные (результаты) экспериментально-психологического исследования оформляются психологом в виде заключения, которое сохраняется в медицинской документации, а его резюмирующая часть может быть включена в заключение судебно-психиатрических экспертов, в раздел «психический статус» для обоснования экспертных выводов. В структуре заключения рекомендуется отразить следующие моменты.

1. Общее введение: особенности поведения испытуемого в исследовании и в беседе, понимание им цели экспертизы, психологические аспекты внутренней картины болезни, актуальные установки, планы на будущее, жалобы.

2. Особенности деятельности испытуемого в экспериментальной ситуации: понимание и усвоение инструкций, особенности выполнения заданий, реакция на успех и неуспех, на корригирующие замечания, помощь. Здесь же можно отразить особенности умственной работоспособности, внимания.

3. Данные об уровне развития различных сторон памяти, об особенностях и нарушениях мнестических процессов.

4. Данные об особенностях ассоциативных процессов.

5. Данные об уровне развития интеллекта, об операциональных, динамических и мотивационных нарушениях процесса обобщения и абстрагирования, о расстройствах логики и особенностях других сторон мыслительной деятельности.

6. Данные об особенностях личности, эмоционально-волевой сферы, смыслового восприятия, самосознания и т. п.

7. Резюмирующая часть: обобщение экспериментальных данных об особенностях и нарушениях познавательной деятельности и личностной сферы и результатов наблюдения при исследовании. Форма представления обобщенных патопсихологических данных должна определяться тем, какого

рода затруднения испытывает эксперт-психиатр при решении им диагностических и экспертных вопросов и соответственно задачей, которую он ставит перед психологом.

Приведем некоторые *типичные образцы заключений патопсихолога* по данным экспериментально-психологического исследования.

Пример 1. Испытуемая Б., обвиняется в хищении важных документов. Задача исследования: дифференциальная диагностика между шизофренией и психопатией. Экспертам-психиатрам, кроме традиционных вопросов о наличии душевного заболевания у Б. и ее способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, следователем был задан вопрос о склонности Б. к патологическому фантазированию.

Во время исследования испытуемая держится ровно, спокойно, на вопросы отвечает последовательно, по существу. Цель экспертизы понимает верно, свое психическое состояние в период инкриминируемых ей действий и в настоящее время оценивает как «нормальное». Причины суицидальной попытки объясняет кратко («не нашла выход из сложившейся ситуации»), свои переживания не раскрывает. Жалоб не предъявляет.

При выполнении экспериментальных заданий инструкции усваивает, придерживается их в работе. Уровень притязаний достаточно высокий. Выраженных расстройств внимания и умственной работоспособности не обнаруживается, темп деятельности средний.

Объем запоминания в пределах нормы. При непосредственном запоминании из 10 слов воспроизводит 5, 10, спустя 1 час – 9 слов. При опосредованном запоминании («Пиктограмма») из 15 понятий, опосредованных образными ассоциациями, верно воспроизводит все 15. Ассоциации в целом высокого уровня (метафорические, символические), в ряде случаев – формальны и отдаленны. Например, на слово «одиночество» рисует дерево («есть песня про рябину в поле, которая стоит одна»), понятие «надежда» опосредует рисунком телефона («обычно все хорошие новости я узнавала по телефону»).

При исследовании мыслительной деятельности на фоне доступности испытуемой категориальных обобщений в целом обнаруживается неравномерность процесса обобщения с трудностями дифференцирования существенного и несущественного и эпизодическим снижением качества ответов вне зависимости от объективной сложности стимульного материала (может сложные задания выполнять на категориальном уровне, а более простые – на конкретно-

ситуационном). Выявляется нечеткость мышления с использованием широких обобщений: так, объединяет в одну группу цветок, яблоко и пальто («везде растения, если пальто из х/б – тоже растение»), противопоставляет изображение журавля группе предметов, состоящей из молотка, стола и очков («журавль – это полет, свобода, а остальное – приземленное, усидчивость, работа»), находит общее между сумкой, чемоданом, кошельком и книгой в том, ч то это «вместилища», при этом указывает, что книга – «вместилище духовных, а другие – материальных вещей», находит различие между ветром и солью в том, что «соль – материальная субстанция, а ветер ни увидеть, ни подержать нельзя». В ряде случаев использует при обобщении маловероятные латентные признаки объектов. К примеру, объединяет гитару, телефон и радио – «звук издают», находит общее между ботинком и карандашом – «ботинком можно писать, подошва пишет на полу, рисует на песке, снегу», различие между рекой и озером объясняет тем, что «река – это полоса, а озеро – это круг или овал». Условный смысл пословиц передает верно. Способна к установлению логических связей и отношений («Пиктограмма», «Исключение предметов», «Исключение понятий», «Пословицы», «Простые аналогии», «Сравнение понятий»).

Применение проективной методики ТАТ и направленной беседы повышенной склонности к фантазированию не обнаруживает. Напротив, рассказы, продуцируемые испытуемой по неструктурированным сюжетным картинкам, очень кратки, редуцированы, в них отсутствуют проникновение во внутренний мир персонажей, развитие сюжета. Действия персонажей характеризуются неконкретно, приблизительно, не может придумать, что предшествовало ситуации, изображенной на картинке, и чем она закончится.

По данным MMPI, опросника Кеттелла и теста Розенцвейга, выявляются следующие индивидуально-психологические особенности: выраженная интровертированность, отгороженность, эмоциональная холодность, независимость от групповых мнений и оценок, сниженная чувствительность к нюансам межличностного общения, нерешительность, сдержанность, подчиняемость, ригидность установок, эмоциональная незрелость, высокий контроль своего поведения, склонность усложнять внутренние проблемы и фиксироваться на фрустрирующих обстоятельствах, хорошее осознание социальных требований, эмоциональная устойчивость. Следует отметить невыраженность в настоящее время тревоги и эмоциональной напряженности.

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают нарушения мыслительной деятельности: нечеткость мышления и неравномерность процесса обобщения с трудностями дифференцирования существенного и несущественного, эпизодическим снижением качества ответов вне зависимости от объективной сложности заданий, искажение процесса обобщения с использованием широких обобщений и маловероятных латентных признаков объектов, а также отдаленных ассоциативных связей. Выраженных расстройств внимания, памяти, умственной работоспособности не обнаруживается. Интеллектуальный уровень в целом высокий – испытуемая способна к абстрагированию, объяснению условного смысла, установлению логических связей. Повышенной склонности к фантазированию не отмечается. Выявляются следующие индивидуально-психологические особенности: выраженная интровертированность, отгороженность, эмоциональная холодность, независимость от групповых мнений и оценок, сниженная чувствительность к нюансам межличностного общения, нерешительность, сдержанность, подчиняемость, ригидность установок, эмоциональная незрелость, высокий самоконтроль, склонность усложнять внутренние проблемы и фиксироваться на фрустрирующих обстоятельствах, осознание социальных требований, достаточно высокий уровень притязаний, эмоциональная устойчивость. Следует отметить невыраженность в настоящее время тревоги и эмоциональной напряженности.

Окончательный диагноз: «Шизофрения».

Пример 2. Испытуемый Ш., обвиняется в убийстве. Задача исследования: дифференциальная диагностика – разграничение расстройства личности и органического психического расстройства.

Во время исследования испытуемый подробно рассказывает о себе, о содеянном, часто плачет. Склонен в сложившейся ситуации обвинять себя, свою «бесхарактерность». Считает себя «очень нервным». Фон настроения снижен. Эмоционально неустойчив. Оценивая свои качества, говорит, что он «довольно умный, с хорошим, но податливым характером», заявляет, что «если бы все такие были, как я, – легче бы жилось».

При выполнении заданий придерживается инструкций, активно интересуется результатами выполнения отдельных заданий и всего исследования, мнением экспериментатора о своих способностях. В ходе исследования в целом и в отдельных методиках обнаруживаются колебания умственной работоспособности (например, на пять таблиц Шульте

затрачивает соответственно 90, 75, 50, 85, 72 сек.), нарушения концентрации и распределения внимания. Темп сенсомоторной деятельности замедлен (12–22 счетных операций в минуту в «Счете по Крепелину»). Под влиянием сильной мотивации достижения деятельность дезорганизуется.

Объем запоминания существенно снижен. При непосредственном запоминании 10 слов воспроизводит: 4, 6, 5, 5, 6, спустя 1 час – 5 слов. В «Пиктограмме» воспроизводит верно 5 и 4 – близко по смыслу из 15 опосредованных образными ассоциациями понятий.

Образные ассоциации адекватны, конкретного уровня, отражают ситуационные переживания испытуемого. Например, при предъявлении слова «печаль» рисует склонившуюся березу: «Природа… а здесь природы нет – одна тоска». При объяснении опосредующей связи понятия и образа склонен к рассуждательству. Вербальные ассоциации в целом адекватны. Выявляется бедность ассоциативных связей, на несколько разных слов-стимулов отвечает одинаково: «любовь – вражда», «мир – вражда», «измена – вражда». Обнаруживаются выраженные колебания времени реакции (от 1 до 20 сек.) на общем фоне замедленного ассоциирования (в среднем латентный период ответных ассоциаций 2–5 сек.).

При исследовании мыслительной деятельности выявляются снижение уровня обобщения, недостаточность абстрагирования, конкретность мышления. Обобщает предметы по конкретно-ситуационным связям, второстепенным конкретным признакам, затрудняется в подборе обобщающего слова для группы предметов или понятий («Классификация предметов», «Исключение предметов», «Исключение понятий»). Не может объяснить переносный смысл пословиц, малознакомых или незнакомых испытуемому («Объяснение пословиц»), не сразу улавливает смысл короткого рассказа («Проба Эббингауза»), с трудом устанавливает последовательность событий по серии сюжетных картинок. В объяснение простых пословиц привносит собственные переживания, факты своей биографии. В ходе выполнения заданий контроль умственных действий снижен.

Личность испытуемого (по данным «Теста Розенцвейга» и «Самооценки») характеризуется эмоциональной неустойчивостью, эгоцентризмом, ригидностью, склонностью к реакциям самообвинения в сочетании со стремлением возложить ответственность за конфликты на окружающих.

Таким образом, экспериментально-психологическое исследование выявляет интеллектуально-мнестическое снижение – снижение объема непосредственного и опосредованного

запоминания, низкий уровень обобщения и абстрагирования, конкретность мышления в сочетании с колебаниями умственной работоспособности, замедленность темпа деятельности, нарушения концентрации и распределения внимания.

Контроль умственных действий в ходе исследования снижен. Отмечается дезорганизация деятельности под влиянием аффективно значимых воздействий.

Обнаруживаются следующие индивидуально-психологические особенности: слабодушие, эмоциональная неустойчивость, эгоцентризм, ригидность, склонность к реакциям самообвинения в сочетании со стремлением возложить ответственность на окружающих в стрессовых ситуациях. Состояние испытуемого характеризуется сниженным фоном настроения и фиксацией на собственных переживаниях.

Диагноз комиссии экспертов-психиатров: «Органическое поражение головного мозга травматического генеза с аффективной неустойчивостью».

Пример 3. Испытуемый В., 15 лет, обвиняется в краже. Предположительный диагноз – «Олигофрения». Задача исследования: установление степени выраженности психических изменений.

Испытуемый в начале беседы вял, пассивен, характеризует себя как «заядлого хулигана». Говорит, что у него «никогда ничего не получается». В ходе исследования оживляется, начинает обнаруживать адекватные эмоциональные реакции, самооценка выравнивается. Правонарушение отрицает. Заявляет о своем согласии с мнением врачей, что у него «эпилепсия, олигофрения, умственная отсталость, задержка развития – это же не я ставил, а они с детства».

Задания выполняет в достаточно быстром темпе, усваивая инструкции с первого раза. При выполнении заданий ориентируется на оценки экспериментатора, соглашается с его замечаниями, стремится учесть их при исправлении своих ошибок.

Запас общих сведений и знаний достаточный – называет фамилии известных писателей, космонавтов, руководителей правительства ряда стран, перечисляет страны света, столицы крупных государств и т. п.

Обнаруживает хорошую ориентировку в практических ситуациях (из субтеста Векслера).

Процесс запоминания в пределах нормы. Динамика заучивания 10 слов (непосредственное запоминание): 5, 6, 8, 9, 10, отсроченно (через час) воспроизводит 9 слов. При опосредованном запоминании (метод «Пиктограмма») из 10

понятий, опосредованных образами, воспроизводит точно – 9 и близко по смыслу – 1 понятие.

Опосредование понятий образами затруднений у испытуемого не вызывает – продуцирует образные ассоциации быстро, способен опосредовать и абстрактные понятия типа «печаль», «развитие» и пр. По содержанию образы адекватны, по уровню в основном конкретны, но в отдельных случаях – и более высокой степени обобщенности.

При исследовании мыслительных процессов выявляется достаточно высокий уровень обобщения и абстрагирования – испытуемый правильно группирует предметы («Классификация предметов»), дает образованным группам обобщающие названия, на последнем этапе справляется с образованием более обобщенных групп предметов («живые существа», «хозяйственные принадлежности», «растительные»).

Испытуемый обнаруживает понимание причинно-следственных логических связей как на вербальном, так и на наглядно-образном материале. Правильно устанавливает последовательность событий по серии сюжетных картинок, составляет по ним рассказы, улавливая подтекст разворачивающегося сюжета. Справляется с завершением предложений, прерывающихся на «потому что…» и «хотя…».

Выявляется недостаточная сформированность навыков счета и письма – пишет медленно, с грамматическими ошибками; в арифметических операциях сложения и вычитания допускает ошибок мало, но считает очень медленно (в «Счете по Крепелину» 15–25 операций за 1 мин.).

При исследовании конструктивного мышления («Кубики Кооса») самостоятельно справляется со складыванием простейших орнаментов из четырех кубиков. При переходе на девять кубиков испытывает затруднения, но после дозированной помощи – объяснения экспериментатором принципа выполнения задания – усваивает способ действия и осуществляет перенос усвоенного способа на другие варианты орнаментов.

В ходе исследования обнаруживаются нерезко выраженные нарушения распределения и переключения внимания.

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании выявляется достаточный запас общих сведений и знаний, ориентировка в практических ситуациях.

Объем запоминания в пределах нормы. Уровень обобщения и абстрагирования достаточный – на фоне конкретных группировок объектов испытуемый способен и к более категориальным обобщениям. Формальная логика суждений, способность к установлению причинно-следственных связей не нарушены.

Недостаточно сформированы навыки письма, счета, оперирования зрительно-пространственными представлениями.

Обнаруживается обучаемость испытуемого. Отмечаются нерезко выраженные нарушения распределения и переключения внимания.

На основании клинического исследования и с учетом заключения психолога испытуемому был снят диагноз «Олигофрения», установлена «Социальная и педагогическая запущенность».

Рекомендуемая литература

Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1985.

Зейгарник Б.В. Патология мышления. – М., 1962.

Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. – М., 1971.

Иванова А.Я. Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей. – М., 1976.

Кудрявцев И.А., Лавринович А.Н., Москаленко Е.П., Сафуанов Ф.С. Особенности патопсихологической квалификации результатов экспериментально-психологического исследования в условиях судебно-психиатрической экспертизы: Методические рекомендации. – М., 1985.

Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С. Патопсихологические симптомокомплексы нарушений познавательной деятельности при психических заболеваниях: факторная структура и диагностическая информативность // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – Вып. 6. – С. 86–92.

Николаева В.В., Соколова Е.Т., Спиваковская А.С. Спецпрактикум по патопсихологии. – М., 1979.

Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., 1974.

Поляков Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1977. – Вып. 12. – С. 1822–1832.

Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1979.

Сафуанов Ф.С. Практикум по судебно-психологической экспертизе. – М.: Смысл, 2008.

Е.И. Сулимовская,
кандидат психологических наук

Принципы патопсихологического исследования

Развитие патопсихологической практики на современном уровне характеризуется рядом противоречивых тенденций. Так, интервенция зарубежных тестовых диагностических методик ведет к формированию описательного, констатирующего стиля заключений. С другой стороны, усложнение и расширение практических задач диктуют необходимость усиления аналитического контекста экспериментально-психологических заключений. Нередко приходится слышать от психологов-практиков, что нагрузка психолога иногда достигает пяти диагностических обследований в день. Есть регионы, где врачи-психиатры настаивают на необходимости диагностики олигофрении и степени ее выраженности (по мнению этих специалистов, проведение психологом теста Векслера позволяет «точно» квалифицировать легкую или умеренную степень дебильности).

Даже эти упомянутые нами факты показывают, что вопросы методологии остаются актуальными для практической патопсихологии. Каков диапазон обязательных и факультативных задач клинического психолога? Какие методики исследования являются необходимыми? В каком виде нужно обобщать и представлять результаты своей работы? Ответы на эти вопросы далеко не однозначны. Заранее договоримся, что в данной лекции понятия «патопсихолог» и «клинический психолог» будут взаимозаменяемыми. Термин «клинический психолог» является более широким и родовым, и данное употребление видится нам целесообразным, поскольку в практических учреждениях существуют ставки медицинского психолога, подразумевающие патопсихологический аспект деятельности.

Наша лекция посвящена анализу одной из важнейших составляющих деятельности клинического психолога, патопсихолога – проведению экспериментально-психологического исследования (ЭПИ) и оформлению заключения. Мы остановимся на следующих вопросах: 1) история и современные особенности проведения экспериментально-психологического исследования; 2) тактика составления патопсихологического заключения и понятие патопсихологического симптомо-комплекса; 3) основные

методики патопсихологического исследования; 4) основы патопсихологического анализа в экспертной практике.

По сложившейся традиции деятельность отечественного патопсихолога всегда связана с решением диагностических задач, определяемых запросами психиатрической клиники. Теоретические основы для такого рода работы заложены в трудах Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, Б.В. Зейгарник. Размышляя над перспективами развития патопсихологической наук и, А.Р. Лурия отмечал, что деятельность патопсихолога отличается от работы классического ученого в первую очередь способом исследования фактического материала. Этот способ определяется идеографическим анализом, описанием и представлением особенностей психики больного. «Классические» ученые формулируют законы, двигаясь от конкретной реальности ко все более и более обобщенным формулировкам. При этом теряются те характеристики экспериментального материала, которые придают богатство и неповторимость изучаемым объектам. Чтобы избежать подобных «потерь», являющихся главным содержанием работы клинициста, используется идеографический метод. Его целью является описание особенностей конкретного человека (греческое слово «идиос» означает «своеобразное», «принадлежащее кому-то»). Главное в данном случае – не расчленение живой реальности с построением абстрактных схем, а сохранение всего разнообразия событий и развития личности с помощью типологической классификации.

Сам А.Р. Лурия с сожалением писал об исчезновении искусных врачей с их мастерством клинического наблюдения и описания. В настоящее время, по его мнению, распространено убеждение, что электронное или математическое моделирование может заменить наблюдение за реальным поведением. Иными словами, ценность и реальность человеческой сознательной деятельности заменяются механическими моделями и схемами, что может приводить к редукционизму. Склонность сводить живые факты к математическим схемам, отмечал классик, особенно сильна в медицине. Между тем батареи вспомогательных средств часто игнорируют клиническую реальность. Наблюдение больных и оценка синдромов заменяются десятками лабораторных анализов, которые затем обрабатываются с помощью математической техники и выступают в качестве средств диагностики и лечения. На самом деле целью наблюдений является выделение наиболее важных нарушений или первичных главных факторов в основе синдрома, а затем и вторичных, или «системных», последствий этих нарушений. Таким образом достигается основная цель научного исследования

– объяснение фактов и одновременно сохранение всего богатства материала.

Данная мысль была продолжена в работах Б.В. Зейгарник. Обсуждая вопрос патопсихологического анализа документальных материалов, она описала следующие этапы работы психолога:

1. Знакомство с историей болезни, которая представляет собой не только медицинский, но и психологический документ, где собраны сведения, характеризующие жизненный путь больного человека, типичные для него способы общения и разрешения конфликтов, круг его интересов и многое другое.

2. Проведение психологического исследования, в процессе которого «заочное» представление о человеке верифицируется и дополняется.

3. Сопоставление полученных данных с имеющимися знаниями о типичных для этой группы больных вариантах динамики личностных изменений и особенностей психики.

В последующем эти идеи получили развитие в понятиях «патопсихологический симптом», «патопсихологический синдром/симптомокомплекс» (в работах Николаевой В.В., Соколовой Е.Т., Гульдана В.В., Кудрявцева И.А., Сафуанова Ф.С., Блейхера В.М.). Под симптомом в патопсихологии подразумевают единичный феномен нарушения психической деятельности, проявляемый в патопсихологическом исследовании. Например, Б.В. Зейгарник выделяла в качестве патопсихологических симптомов ряд нарушений мышления (соскальзывание, искажение процесса обобщения, неадекватный ассоциативный образ и т. д.), отмечая при этом, что они могут быть обусловлены различными механизмами и состояниями.

Умение патопсихолога выделить и корректно классифицировать то или иное нарушение психической деятельности является первым, начальным шагом патопсихологического анализа. Тем самым план высказываний испытуемого «переводится» на язык психологических терминов. Анализируются главным образом «нестандартные», ошибочные ответы испытуемого в процессе эксперимента.

После описанной процедуры первичного анализа психолог получает возможность дальнейшего обобщения выделенных психологических «симптомов» и формирования основной гипотезы исследования, отвечающей на вопрос клинической практики.

В процессе современного развития диагностической деятельности, ориентированной на нужды клиницистов, возникла необходимость соотнесения выводов психологического заключения с нозологической принадлежностью. Действительно,

врач ожидает от психолога не простого перечисления обнаруженных особенностей и нарушений, а доказательных обобщений, узнаваемых как типичные особенности психической деятельности человека с тем или иным нозологическим диагнозом. Поэтому в настоящее время говорят о патопсихологическом симптомокомплексе, который соотносится с определенными нозологическими единицами. Описаны шизофренический, органический, психопатический, олигофренический симптомокомплексы и синдром психогенной дезорганизации психической деятельности. Названия симптомокомплексов свидетельствуют об их клиническом диагностическом предназначении.

На наш взгляд, наиболее удачно следующее определение патопсихологического симптомокомплекса, данное В.В. Гульданом: *сочетание признаков нарушений психической деятельности, ее сохранных сторон и индивидуальных особенностей психической деятельности, объединенных психологическими механизмами функционирования личности*. Таким образом, итоговая часть заключения понимается как обобщение особенностей психики с описанием личностных механизмов регулирования поведения. Акцентирование идеи системности, иерархичности психических образований позволяет принять суждение о том, что все выявляемые патопсихологические нарушения, совокупность сохранных и нарушенных звеньев психической деятельности, индивидуально-психологических особенностей объединяются посредством личностных механизмов регулирования поведения.

Оформление заключений без категоричных выводов и тем более без употребления диагностических категорий (типа «черты психопатии», «снижение мышления до уровня дебильности» и проч.) несет ценную информацию и в психотерапевтическом процессе, на этапе выработки стратегии клинической и психологической терапевтической работы. В сложных случаях клинический психолог описывает и оценивает не только нарушенные звенья, но и делает акценты на имеющихся ресурсах психической деятельности, личности. Организация реальной реабилитационной помощи больным лицам базируется на информации о том, какие именно мотивы стоят за стремлением к выздоровлению, насколько глубок процесс социальной дезадаптации и адаптации, в чем выражаются когнитивные искажения объективной реальности. Психологическое заключение позволяет определить терапевтические мишени и сформулировать общий прогноз изменений психического состояния больного.

Предлагаем вашему вниманию случай из клинической практики, в котором анализируется соотношение нарушенных психических процессов и сохранных сторон личности.

Пример 1. К психологу обратилась дочь испытуемой Д. с жалобами на навязчивости у матери в течение нескольких лет. В беседе с испытуемой выяснилось, что в настоящее время она работает научным сотрудником в геологическом институте. Раньше много ездила на полевые работы, пыталась писать кандидатскую диссертацию, которую не закончила. Живет с семьей, имеет двух взрослых детей, сына и дочь, а также ухаживает за больной матерью, которая живет вместе с ними. Восемь лет назад заболела системной красной волчанкой, до сих пор принимает большие дозы гормональных препаратов. Имеет 2-ю группу инвалидности по данному заболеванию. Примерно в это же время начала замечать за собой желание стричь волосы, которое обострялось при неблагоприятных жизненных обстоятельствах. Д. часто стригла волосы, причем так коротко, что приходилось надевать платок. В последние годы регулярно, по ночам, пробирается в ванную комнату и перед зеркалом состригает кончики волос. Затрудняется объяснить свои действия, говорит, что волосы «мешают», а после стрижки наступает некоторое облегчение. В беседе напряжена, уклончива, пытается преуменьшить значимость своих проблем. Подробно рассказывает о своем соматическом заболевании, которое она стоически переносит, болезнью стремится объяснить все другие проблемы. Избегает разговора о психиатрическом лечении и возможности психического неблагополучия и в то же время ищет помощи и поддержки у собеседника. Сообщает о решимости «бороться со своими недугами», вместе с тем упоминает о невозможности госпитализации, поскольку должна ухаживать за больной матерью, прикованной к постели.

Экспериментально-психологическое исследование выявило нарушения мыслительной деятельности, характерные для шизофренического симптомокомплекса. У Д. отмечаются схематичность, абстрактность и эмоциональная обедненность ряда ассоциативных образов (в методике «Пиктограмма»), случаи соскальзывания по своеобразным ассоциациям, выраженная неравномерность мышления с актуализацией конкретно-ситуативных и малосущественных свойств предметов. Исследование личности выявило такие особенности, как выраженная подозрительность, недоверчивое и враждебное отношение к окружающему, склонность к длительной идеаторной переработке информации и построению объяснительных концепций, трудности восприятия эмоциональных нюансов

сюжета.

Обращаем внимание на то, что простая констатация характерных психологических симптомов явилась бы неполным описанием целостного патопсихологического шизофренического симптомокомплекса. Наличие таких особенностей, как требовательность к себе, склонность к сверхконтролю своих действий и переживаний, сверхценный характер идей, связанных с благополучием семьи и собственной работой, стремление находить психологически понятные мотивировки своим действиям, – все это позволяет говорить о формировании компенсаторного поведения, направленного на поддержание своего жизненного статуса. Подобные ведущие личностные особенности, во-первых, объясняют многолетнее развитие психического расстройства без соответствующей медицинской помощи, а во-вторых, показывают пути возможной психокоррекционной поддержки с опорой на имеющиеся внутренние ресурсы.

Следующий пример демонстрирует возможности патопсихологического исследования с целью уточнения терапевтических мишеней и выработки дальнейшей тактики терапевтической поддержки.

Пример 2. Во время исследования по направлению психиатра-эксперта испытуемая С. охотно, достаточно подробно отвечает на вопросы, стремится обдумывать формулировки, проявляет интерес к собеседнику и результатам работы. Во время беседы обращают на себя внимание неэффективность личностных защит, выраженная лабильность эмоциональных реакций: в зависимости от темы беседы на глазах у С. появляются слезы, чуть позже – улыбка. Испытуемая фиксирована на темах, связанных со своей личностью и тягостным самочувствием, предъявляет многочисленные жалобы («напряжение на работе», «беспочвенный страх», «трудности общения»). Отмечает значительное улучшение после проведенных сеансов психотерапии, выказывает готовность к дальнейшей работе, интерес к психологии.

В процессе исследования усваивает и удерживает инструкции, работает в среднем темпе. В рамках интеллектуальной нагрузки отмечается повышение психического напряжения в сочетании с ростом числа ошибок внимания, трудностями длительного сосредоточения, что свидетельствует об истощаемости и лабильности психических процессов.

Объем непосредственного и опосредованного запоминания – без выраженных нарушений. Кривая заучивания 10 слов – 7, 10, через 1 час – 7 слов. При исследовании ассоциативных процессов в пробе «Пиктограмма» С. продуцирует адекватные,

эмоционально насыщенные опосредующие образы. Отмечаются невысокое качество, символичность рисунков, склонность к использованию штампов, шаблонных изображений (печаль – «в компьютере есть такой значок – печальный человек»; вражда – «топор, как томагавк, который зарывают в землю»). Данные особенности могут свидетельствовать, с одной стороны, о наличии депрессивных тенденций, снижении качества работы в зависимости от эмоциональной нагруженности стимулов, а с другой стороны – о малоконструктивном тотальном контроле, склонности к сдерживанию эмоций.

При исследовании мыслительной деятельности С. без затруднений выполняет различные операции обобщения, сравнения, исключения (методика «Исключение предметов», «Сравнение понятий»), в ответах использует практически значимые свойства предметов, оперирует абстрактными категориями, передает смысл метафор и пословиц. Отмечаются неуверенность в принятии решений, склонность долго обдумывать ответы и формулировки, а при психическом напряжении – понижение качества ответов, склонность к актуализации малосущественных свойств и расплывчатых формулировок («мера чего-то», «технический свет»).

Результаты личностных методик (Самооценка, ЦТО, Рисунок человека, тест Розенцвейга) выявляют наличие внутреннего стрессового состояния, перенапряжения, связанного со сдерживанием эмоций; сочетание дисгармоничных, конфликтных, эмоционально насыщенных установок.

Так, потребность в искренних и стабильных отношениях, комфорте и защите, невысокие ресурсы предприимчивости сочетаются со стремлением к независимости и самореализации, с достаточно высоким и ригидным уровнем притязаний, трудностями нахождения компромиссных решений. Актуальное состояние характеризуется пониженной побудительной силой и низкой общей энергетикой, доминантным чувством долга и ответственности, отвержением своей личности и перспектив, выраженной ранимостью, фиксацией на отрицательных переживаниях.

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на фоне достаточно высокого интеллектуального уровня и умственной продуктивности, сохранности объема запоминания, адекватных и выразительных ассоциативных образов выявляются признаки истощаемости и лабильности психических функций, а в условиях интеллектуальной нагрузки – склонность к росту психического напряжения, трудности сосредоточения и контроля, случаи нечетких и расплывчатых

решений.

На первый план выступают такие особенности актуального состояния испытуемой: высокое внутреннее напряжение, фиксация на отрицательных переживаниях, эмоциональная лабильность, стремление к формированию ограничительного поведения и сдерживанию эмоций, признаки эмоциональной дезорганизации мышления. Личность характеризуется дисгармоничностью и аффективной насыщенностью значимых проблем; выявляются достаточно высокий и ригидный уровень притязаний, трудности нахождения компромиссных решений, потребность в глубоких и стабильных отношениях.

Рекомендации:

1. С учетом благоприятной динамики психотерапевтического процесса сфокусировать внимание на процессе стабилизации и нормализации психического состояния (нормализация как смещение внимания со своих проблем на общий житейский и социальный контекст).

2. Проработать тему самоконтроля: самоконтроль как пластичный навык проявления своих переживаний в зависимости от своего окружения, а не как механизм сдерживания эмоций.

3. На завершающем этапе психотерапевтического процесса предложить испытуемой участие в групповом терапевтическом процессе, поскольку выявлены проблемы, связанные с социальной адаптацией и с близкими отношениями (в процессе исследования испытуемая получила информацию о подобной возможности).

В работе патопсихолога принято выделять ***две основных диагностических задачи*** (по Сафуанову Ф.С.):

1. Участие в дифференциальной диагностике того или иного психического расстройства.

2. Исследование и описание степени выраженности психических расстройств.

Вторая задача, как правило, реализуется в отношении лиц с умственной отсталостью различной степени выраженности; подростков и взрослых с остаточными явлениями органического поражения головного мозга и психическими расстройствами; лиц с постпроцессуальными особенностями психики и проч.

Задача описания степени выраженности психических расстройств усложняет процесс составления заключения. В таких случаях заключение может строиться как сочетание сохранных/достаточных возможностей и нарушенных/ограниченных возможностей психической деятельности в мыслительной и личностной сферах. Если результаты психологического исследования свидетельствуют о выраженных нарушениях психики, то нарушения описываются в первую очередь.

Пограничный характер нарушений или легкая степень их выраженности позволяют описывать в первую очередь сохранные, достаточные, благополучные звенья психической деятельности.

При оценке психологом степени выраженности психических расстройств особое внимание уделяется анализу практической осведомленности испытуемого и знанию морально-этических норм, вопросам обучаемости, личностной состоятельности, наличию таких особенностей, как внушаемость, пониженный контроль деятельности, возможность дезорганизации психической деятельности в аффективно значимых ситуациях. Нередки случаи, когда испытуемые с нерезко выраженным интеллектуальным снижением демонстрируют легкую внушаемость, некритичность к предложениям окружающих. В реальной жизни подобные больные несостоятельны при принятии ответственных решений и при произвольной реализации своих намерений.

Приведем некоторые экспериментально-психологические заключения, иллюстрирующие решение диагностических задач.

Пример 3. Резюме экспериментально-психологического заключения на испытуемого с постпроцессуальными особенностями психики

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на фоне относительно сохранной операциональной стороны мышления, возможностей выполнения различных мыслительных действий, продуцирования стандартных ассоциаций выявляются мотивационные нарушения мышления, случаи актуализации формальных и латентных признаков объектов, склонность к неадекватным стереотипным обобщениям по конкретно-ситуационным основаниям, эмоциональная обедненность ассоциативных образов, а также диссоциация между достижениями в одних видах деятельности и дезинтегративными, примитивными результатами – в других.

Выявляются измененность эмоционально-смысловой сферы и процесса самовосприятия, повышенная активность, склонность к фиксации на деталях и их идеаторной разработке, тенденция представить себя в благоприятном свете, а при обсуждении аффективно значимых тем – выраженная некритичность и склонность к продуцированию психопатологичных высказываний.

Пример 4. Резюме экспериментально-психологического исследования на испытуемого с выраженными особенностями психики вследствие органического поражения головного мозга

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают выраженная утомляемость и истощаемость психических процессов,

пониженный объем памяти, неравномерность и замедленность умственной работоспособности, трудности целостного осмысления информации. На фоне достаточных потенциальных умственных способностей, ориентации в практических ситуациях и социальных нормах выявляются признаки выраженного интеллектуального снижения, ограниченный словарный запас, сугубая конкретность мышления, примитивность и стереотипность ассоциативных образов, фрагментарность и поверхностность восприятия.

Отмечаются такие особенности, как ограниченный круг интересов бытового характера, формальное и эмоционально обедненное отношение к действительности, склонность перекладывать ответственность и вину на окружающих, примитивность оценок, малокритичное отношение к себе и своим поступкам.

Пример 5. Резюме на несовершеннолетнего испытуемого (15 лет) с нерезко выраженными особенностями психики (с целью уточнения степени выраженности психического инфантилизма)

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании выявляются достаточный интеллектуальный уровень, доступность выполнения различных мыслительных операций, понимания условных смыслов, оперирования абстрактными понятиями. Ассоциации адекватны, выразительны. Мнестические процессы в пределах нормы.

Отмечаются нерезко выраженная отвлекаемость, пресыщаемость, пониженная произвольная активность внимания.

При достаточной осведомленности испытуемого в различных социальных нормах поведения, возможностях реализации целенаправленных действий с учетом конкретных обстоятельств, оценки своих личностных качеств отмечаются демонстративные тенденции, склонность представить себя в благоприятном свете, ориентацией на внешнюю оценку, потребностью в признании, широких социальных контактах в сочетании с личностной незрелостью, развлекательным характером интересов и склонностью игнорировать принятые правила поведения, непосредственностью и поверхностностью эмоциональных проявлений, пониженным чувством вины.

А сейчас обсудим ***вопросы применения методик в диагностическом патопсихологическом обследовании***.

Для решения дифференциально-диагностических задач в настоящее время используется стандартный набор патопсихологических методик. В него входят методики, направленные на исследование умственной работоспособности (корректурная проба, таблицы Шульте, проба Крепелина),

непосредственного запоминания (методика «10 слов»), ассоциативной сферы (методика «Пиктограмма», ассоциативный тест), мыслительной деятельности (методики «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Сложные аналогии», интерпретация метафор и пословиц, установление последовательности сюжетных картин).

Исследование личности предполагает использование как известных клинических тестов и опросников, так и проективных методик. По сведениям американских коллег («Основы клинической и консультативной психологии» Дж. Тодда, А.К. Богарта), в список наиболее популярных проективных тестов, используемых в клинической практике в Америке, входят: шкала Векслера для измерения интеллекта взрослых, тест тематической апперцепции (ТАТ), тест на достижения широкого спектра, зрительно-моторный гештальт-тест Бендера, тест Роршаха, тест «Нарисуй человека», Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI), тесты на завершение фраз, шкала Векслера для измерения интеллекта детей, а также рисуночный тест «Дом – дерево – человек». Очевидно, что арсенал методических средств зарубежных клинических психологов ненамного отличается от отечественных традиций.

В добавление к упомянутым методикам в настоящее время для исследования индивидуально-психологических особенностей используются тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, цветовой тест отношений, тест Кеттелла, тест руки и некоторые другие.

На наш взгляд, исследование сложных случаев требует не столько увеличения числа используемых методик, сколько углубления анализа экспериментальных данных. Отдельно хотелось бы выделить методику «Пиктограмма», которая может дать информацию практически о всей психической деятельности испытуемого. Действительно, можно изучить не только объем опосредованного запоминания, но и особенности когнитивных процессов: принятия решения (при обдумывании ответа), логики суждений и проекции личностных характеристик (при пояснениях к рисункам), адекватности ассоциативных образов. Кроме того, анализ рисунков проводится в соответствии с общими особенностями рисуночных проективных тестов, в процессе которого можно получить информацию о личности и психическом (эмоциональном) состоянии испытуемого. Эти направления исследования предполагают и собственно патопсихологический анализ с выделением нарушений ассоциативных процессов.

Вслед за классиками патопсихологии, С.Я. Рубинштейн, В.М. Блейхером, мы выделим ряд особенностей применения

психодиагностических методик в клинике.

1. Наиболее предпочтительным является качественный анализ данных, который должен дополнять применение психометрических средств.

2. Проведение каждой методики целесообразно дополнять расспросом, выясняющим ход рассуждений больного, его отношение к происходящему, преобладающие мотивы действий.

3. Большинство патопсихологических методик обладают широким диапазоном применения и позволяют исследовать сразу несколько психических функций. Особенно богата в этом отношении методика «Пиктограмма», которая дает возможность выявить и особенности мышления, и ассоциативные процессы, и проекцию основных личностных детерминант, и особенности эмоциональной сферы.

4. Допустимо изменять направленность методики путем незначительной корректировки инструкции для уточнения диагностических гипотез. Так, при проведении счета по Крепелину тактика вопросов типа: «Вы уверены в ответе?», «Могли бы вы работать быстрее?», «Как, на ваш взгляд, вы справились с заданием?», позволяет исследовать не только умственную работоспособность, но и помехоустойчивость, склонность к дезорганизации психической деятельности, особенности личностных реакций в условиях дефицита времени и эмоциональной напряженности.

Как правило, в процессе одного экспериментально-психологического исследования используются 5–10 методик. В зависимости от целей и ресурсов времени батарею методик можно сужать или расширять. При подборе методик важно учитывать следующие факторы:

1. Цель исследования, определяемая задачами дифференциальной диагностики либо выяснением эффективности терапии.

2. Образование больного, его жизненный опыт.

3. Особенности психического состояния или контакта с больным (наличие депрессивного синдрома, реакций оппозиции или негативизма, возможная глухота, слепота и проч.).

И наконец, подробнее остановимся на ***проблеме патопсихологического анализа в экспертной практике***.

Допустим, патопсихологическое исследование завершено и психолог имеет подробнейший протокол со всеми ответами и репликами испытуемого. После исследования работоспособности, памяти, внимания, мышления и т. д. возникает вопрос о том, что дальше делать с этой вербальной продукцией испытуемого. Некоторые неопытные психологи на этом этапе сразу начинают

формулировать гипотезы о психическом расстройстве, нарушениях мышления, личностных особенностях испытуемого. На самом же деле до начала такой работы следует перевести «первичный», «сырой» материал в систему психологических понятий.

Первый шаг экспериментатора заключается в отделении стандартных, малопроективных решений от ответов, отличающихся своеобразием или эмоциональной окрашенностью. Эти стандартные решения не анализируются вследствие своей малоинформативности.

Последние подлежат оценке через призму «базового уровня» испытуемого, включающего полученное образование, профессиональные навыки, сформированный стиль мышления и речи. Например, обилие своеобразных, личностно значимых тем и пояснений, игнорирование объективного решения по принципу «нравится – не нравится» правомерно отнести к базовому уровню испытуемого, если его профессия связана с творческой деятельностью. А склонность к абстрактным и символичным обобщениям свойственна лицам, связанным с компьютерными технологиями.

Здесь уместно напомнить известную классификацию нарушений мышления Б.В. Зейгарник. Нарушения мыслительной деятельности могут быть представлены в виде: 1) операционных нарушений мышления как снижение или искажение уровня обобщения; 2) нарушений динамики мышления как расстройства процессуальной стороны с неустойчивостью уровня обобщения, лабильности, инертности, откликаемости и др.; 3) нарушений мотивационного компонента мышления как утеря целенаправленности деятельности с разноплановостью мышления и различными расстройствами критичности.

Итак, любой нестандартный вариант решения подлежит патопсихологической оценке. При этом следует отметить универсальность, многоплановость информации, получаемой в эксперименте. Так, Б.В. Зейгарник отмечала, что применение методик, активизирующих познавательную деятельность, всегда включает и актуализацию личностных компонентов. Каким же образом дифференцировать «правильные» и «неправильные» ответы? Каковы критерии экспериментатора, дающие право оценить ответ испытуемого как «ошибочный»? Разберем подробнее эти вопросы.

Система понятий для оценки патопсихологических феноменов была разработана в трудах Ю.Ф. Полякова с сотрудниками, которые изучали нарушения мышления и других психических функций у больных шизофренией. Для корректного

описания деятельности психически больных была выделена центральная системообразующая единица анализа – понятие актуализируемых признаков, с помощью которых описывались экспериментальные данные.

Согласно теории Ю.Ф. Полякова, патология познавательных процессов у больных шизофренией связана с нарушением избирательности актуализации знаний из памяти на основе факторов прошлого опыта. Как правило, прошлый опыт экономным образом ограничивает привлечение знаний для обработки той или иной информации. У больных шизофренией отсутствует избирательность в процессе переработки информации, вследствие чего становится возможной актуализация максимально широких признаков и объектных отношений.

Критерием оценки подобных признаков явилась частота использования того или иного признака группой здоровых людей. Этот признак отражает качественную характеристику признака, поскольку человеку свойственно выделять в предметах прежде всего практически значимые признаки и отношения, исторически закрепленные в системе понятий. В зависимости от частоты использования здоровыми лицами все признаки разделены на «стандартные» и «нестандартные». Поэтому ослабление функции селекции, избирательности информации проявляется в расширении круга привлекаемых сведений, в актуализации редко используемых, маловероятных, необычных и поэтому латентных признаков, речевых связей, зрительных и акустических эталонов. Указанная особенность объясняет такую патологию речи и мышления, как «вычурность», «псевдоабстрактность», «разноплановость» и др.

Для нашей темы важными представляются два момента. Во-первых, в школе Ю.Ф. Полякова разработана система объективных психологических критериев оценки экспериментальных данных. Не клиническая практика и не опыт экспериментатора, а частота встречаемости какого-либо признака в реальной действительности служит основанием для оценки ответов испытуемого. Во-вторых, использование качественных признаков при патопсихологическом анализе позволяет перевести первичные, «сырые» ответы испытуемых в плоскость патопсихологических понятий и терминов. Лишь после этого возможно построение общих гипотез и выводов относительно всего исследования.

А теперь хотелось бы остановиться на ***вопросе профессионального (патопсихологического) языка***. Арсенал словаря патопсихолога достаточно широк, но для наших целей

позволим себе представить наиболее часто употребляемые термины в систематизированном виде. Итак, любой ответ испытуемого, понимаемый как совокупность актуализируемых признаков предметов/явлений, можно разделить по трем параметрам. Во-первых, это уровень обобщения, во-вторых, качество (стандартность) признака, в-третьих, субъективность или эмоциональная окрашенность признаков в ответе. Если провести аналогию с геометрической системой пространственных координат, то параметр «уровень обобщения» будет соответствовать оси абсцисс, параметр «качества признаков» – оси ординат, а параметр «эмоциональная окрашенность» – оси аппликат. Каждый ответ испытуемого можно разложить по одному, двум или трем параметрам.

Параметр, характеризующий *уровень обобщения*, отражает степень интеграции прошлого опыта, умение оперировать различными понятиями и абстрагироваться от конкретных, наглядных признаков объектов. Операция обобщения выступает в качестве наиболее существенной и основополагающей операции познавательной деятельности. Уровень ее развития в самом общем виде соотносится с уровнем образования испытуемого. Наиболее стандартными и «ожидаемыми» являются практически значимые, существенные признаки объектов, в которых закреплен социальный опыт категоризации значимого предметного содержания. Шкала, упорядоченная по степени восхождения признаков от конкретных к абстрактным, выглядит следующим образом:

– комплексы-синкреты;
– конкретно-ситуативные признаки;
– конкретные и функциональные признаки;
– практически значимые признаки (стандартные);
– абстрактные, категориальные отношения (признаки);
– символичные, усложненные свойства.

Например, рассмотрим варианты ответов при сравнении далеких по смыслу понятий «ботинок – карандаш». Рассуждение испытуемого с высшим образованием «общее у них то, что это предметы, используемые человеком» можно рассматривать как использование достаточно абстрактных категорий на основе значимых признаков предметов. Ответ испытуемого «и то, и другое носят» можно рассматривать как решение с актуализацией функциональных признаков предметов. Рассуждение типа «оба предмета имеют ряд общих аспектов, например, в них вкладывается нечто среднее: в ботинок вкладывается нога, а в карандаш – стержень» можно трактовать как усложненное, абстрактное.

Параметр *качества* признаков отражает частоту их употребления, «стандартность», в условиях реальной жизни. Для описания нестандартности, неадекватности актуализируемых признаков в патопсихологических исследованиях используется ряд терминов, представленных ниже. Признаки предметов, имеющие конкретный характер и воспринимаемые посредством органов чувств, сменяются на нашей шкале абстрактными и умозрительными свойствами, которые не могут быть представлены в чувственном плане. Параметр может быть выражен следующими значениями:

– поверхностные, наглядные признаки;
– второстепенные признаки;
– малозначимые, малосущественные признаки;
– стандартные, существенные, значимые признаки;
– отдаленные признаки;
– своеобразные, усложненные признаки;
– латентные признаки.

Рассмотрим в качестве примера варианты сравнений далеких по смыслу понятий «глобус – бабочка». Ответ «есть общее, они пестренькие» можно рассматривать как суждение с использованием поверхностных, наглядных признаков предметов. Восприятие этого испытуемого скользит «по поверхности» предмета, отмечая лишь наиболее яркие признаки и игнорируя существенные свойства. Для лучшего понимания термина «поверхностные, наглядные признаки предметов» уточним, что имеются в виду свойства объектов, доступные восприятию органами чувств. Это все то, что видится, осязается, слышится, вообще чувствуется.

Ответ «они движутся относительно центральной оси» представляется усложненным, с актуализацией малозначимых, несущественных свойств предметов. Рассуждение «это молекулярные сущности единой Вселенной с разными атрибутами, используемыми Человеком разумным» следует трактовать как склонность к актуализации отдаленных, усложненных свойств предметов.

Параметр *эмоциональной окрашенности* позволяет оценить личностное отношение испытуемого к происходящему, констатировать наличие или отсутствие проекции значимых переживаний, соотнести эмоциональную нагруженность полученного ответа со стимульным материалом. По степени выраженности эмоционального компонента возможные варианты располагаются следующим образом:

– формальные признаки и ответы-штампы;
– эмоционально окрашенные признаки;

– ответы по принципу личного, субъективного предпочтения;
– личностно значимые, проективные признаки;
– эмоционально нейтральные признаки;
– эмоционально обедненные признаки;
– выхолощенные признаки;
– малопроективные признаки.

Разберем этот параметр на примере интерпретации понятий в методике «Пиктограмма». Понятие «страх» является настолько эмоционально нагруженным, что уже само по себе предполагает эмоциональные интерпретации или личностно значимые комментарии. Поэтому рассуждение «страх я изобразил как движение адреналина в нервной системе» можно расценить как эмоционально выхолощенный ответ. Рассуждение испытуемого «нарисовал череп со скрещенными костями, так он обычно обозначается» можно рассматривать как нейтральный, малопроективный ответ с использованием стандартных символов. Ответ по типу «я не знаю, что такое страх… другие боятся всяких там… насекомых, нечисти, а я стою выше этого» можно расценить как субъективное, проективное рассуждение.

Таким образом, развитие «технологии» патопсихологического анализа позволяет расширить возможности профессионального описания вербальной продукции испытуемых в ходе эксперимента. Корректно оформленное резюме служит созданию целостного образа испытуемого, выявлению психологического симптомокомплекса, помогающего решать диагностические вопросы в отношении различных нозологических единиц. Даже если речь не идет о психическом расстройстве, подобный стиль анализа позволяет сформировать «психологический портрет», по выражению В.В. Николаевой, который максимально приближен к особенностям личности испытуемого.

Рекомендуемая литература

Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М., 1991.

Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.

Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – Киев, 1980.

Братусь Б.С. Аномалии личности. – М., 1988.

Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении // Избранные психологические исследования. – М., 1956. – С. 481–497.

Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии

аномального развития личности. – М., 1980.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 2000.

Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л., 1982.

Кожуховская И.И. Нарушения критичности у психически больных: патопсихологическое исследование. – М., 1985.

Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. – М., 1978.

Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С. Патопсихологические симптомокомплексы нарушений познавательной деятельности при психических заболеваниях: факторная структура и диагностическая информативность // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – Вып. 6. – С. 86–92.

Лонгинова С.В., Рубинштейн С.Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психически больных: Методическое письмо. – М., 1972.

Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. Научная автобиография / Под ред. Е.Д. Хомской. – М., 1982.

Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко. – Л., 1983.

Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., 1974.

Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 1970.

Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие. – М., 1976.

Херсонский Б.Г. Исследование операциональной стороны мышления в патопсихологии. Аналитические факторы и классификация методик // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – Вып. 12. – С. 1832–1838.

Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. – М., 1982.

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Патопсихология криминальной агрессии

Определение криминальной агрессии

При исследовании агрессии мы сталкиваемся с одним простым, но парадоксальным фактом: при непосредственном наблюдении за поведением других людей не составляет большого труда оценить их действия как агрессивные или неагрессивные, но формулировка точного и исчерпывающего определения феномена агрессии вызывает большие затруднения. В психологической литературе приводится множество разнообразных дефиниций, но одни из них смешивают понятия агрессии и агрессивности (т. е. форму поведения и свойство личности), другие являются слишком узкими и не охватывают всех видов и форм агрессивного поведения (агрессию прямую и косвенную, физическую и вербальную, активную и пассивную, враждебную и инструментальную, рациональную и аффективную, непосредственную и смещенную, конструктивную и деструктивную, проактивную и реактивную, социализированную и асоциальную и т. д.), третьи, напротив, оказываются слишком широкими и включают такие криминальные действия, которые обычно как агрессия не рассматриваются (правонарушения, совершенные по неосторожности или как результат несчастных случаев, и пр.). Кроме того, как правило, определения не включают в себя агрессивное поведение лиц с психическими расстройствами.

На наш взгляд, дать исчерпывающее определение всех существующих типов агрессии практически невозможно: любое из них будет неизбежно либо сужать, либо расширять границы понятия.

Предметом нашей лекции является криминальная агрессия. Этот термин охватывает более узкий круг явлений, нежели понятие «агрессия». Уголовно-правовые ограничения сводятся к отнесению к криминальной агрессии таких действий, которые подпадают под признаки преступлений. Кроме того, эти действия должны реализовывать какой-либо умысел, прямой или косвенный. Круг общественно опасных действий и квалифицируемых преступлений охватывает прежде всего различные виды убийства (ст. ст. 105–108 УК РФ), доведение до

самоубийства (ст. 110 УК РФ), умышленное причинение вреда здоровью разной степени тяжести (ст. ст. 111–115 УК РФ) и некоторые другие преступления, сопровождающиеся насилием, угрозами, унижением, особой жестокостью. С психологической точки зрения к действиям, подпадающим под объем понятия «криминальная агрессия», относятся такие виды агрессии, как прямая, физическая, активная. В то же время указанные статьи УК РФ охватывают враждебную и инструментальную, рациональную и аффективную, непосредственную и смещенную, конструктивную и деструктивную, проактивную и реактивную формы агрессии.

Учитывая проблемы, возникающие при понимании феномена агрессии, которые связаны с необходимостью учета трех разных позиций (наблюдателя, субъекта и объекта агрессии) и неоднозначностью соотношения мотива и цели обвиняемого при совершении правонарушения, мы можем дать следующее операциональное определение криминальной агрессии: *криминальная агрессия – это форма поведения (конкретное действие), реализующая какое-либо намерение или побуждение по отношению к потерпевшему (мотивированное действие) и связанная с этим намерением (побуждением) определенным смысловым отношением, объективно направленная на причинение вреда (ущерба) его жизни или здоровью*.

Это определение не относит к кругу агрессивных преступления, не направленные против жизни и здоровья граждан, а также такие действия, которые не связаны с каким-либо субъективным прямым умыслом (осмысленным намерением или эмоционально обусловленным побуждением) по отношению к жертве (преступления, совершенные по неосторожности, т. е. по легкомыслию или небрежности, или невиновное причинение вреда). В то же время оно не дает оснований исключать из круга агрессивных убийства, нанесение вреда здоровью и т. п. в тех случаях, когда цель подобных действий соподчинена неагрессивным мотивам, в том числе и психопатологически обусловленным. Кроме того, в отличие от чисто бихевиорального подхода введение категории намерения позволяет считать криминальной агрессией и такие действия, которые в уголовном праве рассматриваются как «приготовление к преступлению» и «покушение на преступление». Человек может не довести до конца свои агрессивные намерения по причинам, не зависящим от него (например, он стреляет из пистолета, но происходит осечка или он промахивается, его руку перехватывает потерпевший и т. п.), но от этого его действия не перестают быть агрессивными. Указание на объективную направленность действий на

причинение вреда жизни или здоровью дает также возможность развести криминальные действия и агрессивные свойства личности, ее антиобщественные помыслы, намерения, убеждения. Выраженная агрессивность может не сопровождаться агрессией или выражаться в социализированных, не криминальных формах агрессии. И наконец, данное определение включает в себя и общественно опасные действия невменяемых лиц (с разными формами психических расстройств), которые формально нарушают уголовно-правовой запрет, но не могут быть квалифицированы как преступления. Таким лицам нельзя вменить уголовно-правовую категорию «вины»: в ст. 14 УК РФ границы преступления определяются как «виновно совершенное общественно опасное деяние».

Психологическая типология криминальной агрессии

Не ставя перед собой цели дать подробный анализ существующих теорий агрессии, рассмотрим их с точки зрения достижения основной цели исследования: построения психологической типологии криминальной агрессии.

В теориях влечения (К. Лоренца, З. Фрейда, В. Макдаугалла), исходивших из представления о поведении человека как непосредственной реализации внутренних побуждений, т. е. о решающей роли личностных факторов в мотивации деятельности, считалось, что агрессивные действия являются следствием высокого уровня агрессивности как свойства личности, и не придавалось большого значения ситуационным переменным. Этологические и психоаналитические теории не могут объяснить возникновение и развитие всех видов агрессивного поведения, но, несомненно, существуют такие агрессивные действия, которые являются реализацией высокого уровня личностной агрессивности. Если рассматривать возможную типологию агрессии в рамках анализируемого подхода, то легко увидеть, что она сводится к дихотомии «низкая агрессивность – высокая агрессивность», т. е. рассматривает агрессивные действия по единственной шкале, на которой высокому уровню агрессивности будет соответствовать агрессивное поведение, а низкому – неагрессивное (рис. 1).

Фрустрационная теория агрессии Дж. Долларда с соавторами вводит другой фактор для объяснения поведения – ситуационный. Агрессия выступает как реакция на фрустрацию, а любая фрустрация неизбежно вызывает агрессию. В практике судебной психолого-психиатрической экспертизы такого рода агрессивные

правонарушения встречаются довольно часто. Характерно, что уголовное право четко выделяет такие преступления в отдельные категории. Так, смягчающим наказание обстоятельством считаются фрустрирующие воздействия в виде «стечения тяжелых жизненных обстоятельств», «противоправности или аморальности поведения потерпевшего» (ст. 61 УК РФ), в ст. ст. 107 и 113 УК РФ учитываются «насилие, издевательство или тяжкое оскорбление со стороны потерпевшего либо иные противоправные или аморальные действия потерпевшего» и «длительная психотравмирующая ситуация», возникшая в связи с этими действиями, а в ст. 106 УК РФ как один из видов детоубийства выделяется убийство матерью новорожденного ребенка «в условиях психотравмирующей ситуации». Ясно, что все разнообразие криминальных агрессивных действий обвиняемых нельзя объяснить, исходя из фрустрационных теорий агрессии. Тем не менее для типологии агрессивных действий введение дополнительной оси – уровня фрустрации, или, иначе говоря, измерения, различающего «нейтральные» и «психотравмирующие» ситуации, в которых совершаются правонарушения, имеет большое значение. В отличие от одномерной классификации, задаваемой «инстинктивистскими» теориями, введение ситуационной переменной позволяет строить двухмерную типологию, учитывающую и уровень агрессивности как свойства личности, и характеристику ситуации, в которой разворачиваются агрессивные действия, т. е. выделить уже четыре типа криминального агрессивного поведения (рис. 2).

Важнейшим принципом анализа мотивации поведения с точки зрения современных представлений является учет взаимодействия личности и ситуации, что всегда используется при судебно-психологической оценке конкретного деликта. Какие же компоненты личности наряду с агрессивностью могут непосредственно влиять на генез агрессивного поведения? Такие структуры личности рассматриваются в теории социального научения А. Бандуры. Социальное научение (в основном протекающее как викарное научение – через наблюдение поведения других) предполагает, что у человека закрепляются те формы поведения, которые получают положительное подкрепление, и оттормаживаются такие действия, которые подкрепляются отрицательно (например, через наказание). В процессе развития личности внешние подкрепления, позитивные и негативные, интериоризируются и переходят во внутренний план, становясь уже субъектными, внутриличностными регуляторами поведения. Таким образом, ситуативное развитие агрессивных действий становится зависимым от личностных

структур, либо облегчающих проявления агрессии, либо, напротив, обладающих по отношению к ним преградным смыслом.

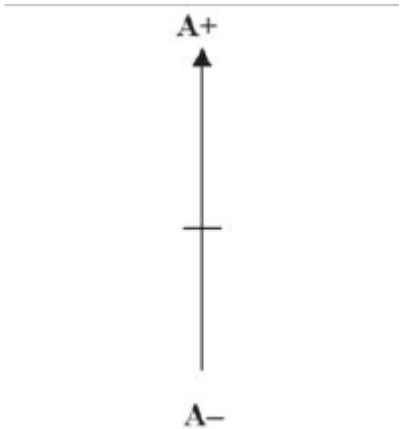

Рис. 1. Одномерная типология агрессии:
А + – высокая агрессивность;
А– низкая агрессивность

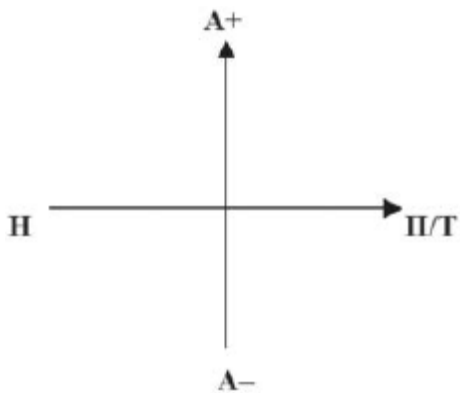

Рис. 2. Двухмерная типология агрессии:
Н – относительно нейтральная ситуация;
П/Т – психотравмирующая ситуация

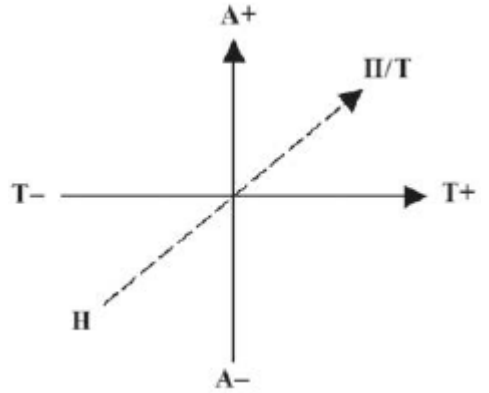

Рис. 3. Трехмерная типология агрессии:

Т+ – выраженность личностных структур, тормозящих агрессию;

Т– их невыраженность

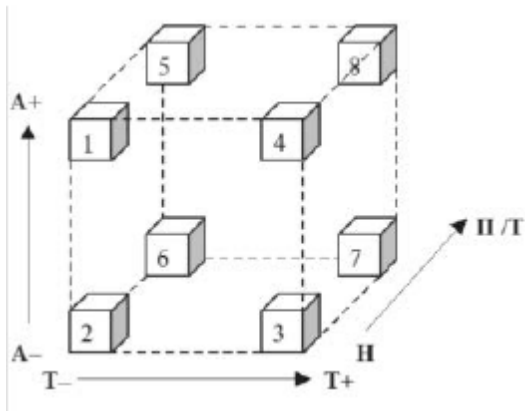

Рис. 4. Типы криминальной агрессии в трехмерном пространстве.

Обозначения шкал соответствуют рис. 1–3

Современные мотивационные теории агрессии рассматривают в качестве основополагающих личностных факторов агрессивного поведения наряду с агрессивными тенденциями (базовой агрессивностью индивида) также и тенденции торможения (или подавления) агрессивности, которые часто характеризуются как мотивы, оказывающие тормозящее влияние на открытое проявление агрессивности в поведении. Это позволяет выделить в качестве третьего основания психологической типологии криминальной агрессии измерение «выраженность тормозящих агрессию личностных структур» (рис. 3).

Введение наряду с «уровнем агрессивности» еще одной

личностной переменной – «выраженности тормозящих агрессию тенденций» – имеет глубокий психологический смысл. В трехмерной типологии форм криминальных агрессивных действий (рис. 4) при психологическом исследовании мотивации поведения учитывается не только принцип взаимодействия личностных и ситуационных факторов, но и принцип системного анализа самих личностных структур, учет взаимодействия различных сторон организации личности.

Интерпретация осей классификации криминальной агрессии сама по себе является сложной проблемой, поскольку не существует однозначного понимания того, что такое «агрессивность», «тормозящие агрессию структуры личности», «психотравмирующие ситуации». Не претендуя на исчерпывающее объяснение, отметим, что рассматриваемые измерения охватывают достаточно широкий круг явлений.

Агрессивность можно рассматривать в трех планах. Во многих случаях она выступает как *мотивационная тенденция*, внутреннее побуждение к совершению агрессивных действий. Закрепленная как привычный способ реагирования в различных жизненных ситуациях, эта тенденция выступает уже как *черта личности*. Если же агрессивность в повседневной жизни проявляется не в обычных условиях, а только при психотравмирующих, фрустрирующих воздействиях, мы можем рассматривать ее как *реактивную*. Следует отметить, что достоверно возможно диагностировать только агрессивность как черту личности и реактивную агрессивность, поскольку выявление агрессивности как мотивационной тенденции требует специальных диагностических процедур, преимущественно проективных методов, которые в условиях КСППЭ обладают низкой валидностью и недостаточной надежностью в силу разнообразных причин.

Круг ***тормозящих прямое проявление агрессивных побуждений и намерений личностных структур*** еще более широк. Условно можно выделить следующие группы тормозящих тенденций.

Ценностные. Можно понимать под тормозящими тенденциями ценностные ориентации человека, связанные с гуманистической направленностью, религиозными убеждениями, социальными установками. Они характеризуют личность с содержательной стороны ее главных мотивов, жизненных целей, общей направленности, т. е. в плане основных смысловых образований, «внутреннего мира человека». Ценностные структуры подавляют агрессивные побуждения еще на начальных этапах генеза мотивации.

Социально-нормативные. Связаны с таким элементом структуры личности, как социальные роли. Основой, на которой формируются эти роли, являются социальные нормы – морально-этические и правовые. Социально-нормативная регуляция поведения расширяет контекст деятельности, включая референтные социальные группы в структуру отношений с окружающим миром. Д.А. Леонтьев выделяет роли конвенциональные и неформальные. Тормозящее влияние на агрессию оказывает в основном конвенциональная регуляция действий, связанная с учетом интересов широких социальных групп, общества в целом, с потребностью в социальном одобрении, вплоть до стремления строить свое поведение согласно правовым ожиданиям и предписаниям. Неформальные роли в отличие от конвенциональных могут и не выполнять функцию противодействия агрессии – в случаях повышенного конформизма, зависимости от асоциальных норм малой группы, деиндивидуализации и свободы от ответственности в тоталитарных религиозных и псевдорелигиозных сектах.

Таким образом, мы связываем социально-нормативные регуляторы агрессии с принятием социальных ролей, ориентированных на конвенциональные, разделяемые обществом в целом морально-этические и правовые нормы.

Диспозиционные. В качестве подавляющих агрессивные побуждения структур могут выступать черты личности. Черты личности, в понимании Г. Оллпорта и Р. Кеттелла, – это не проявления характера, а скорее мотивационные диспозиции, актуализирующиеся в определенных ситуациях. Такой подход позволяет рассматривать личностные конструкты как альтернативные агрессивному побуждению мотивы подавления агрессии, актуализирующиеся в одних тех же ситуациях. Черты личности выявляются, как правило, с применением различных опросников. Так, Дж. Уилкинсом, В. Шарффом и Р. Шлотманом показано: низкий уровень «склонности к реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении» (четвертая шкала MMPI) подавляет агрессию. Аналогичные данные были получены Ф. Дорски, С. Тейлором в отношении таких черт личности, как «тревожность», Х. Денгеринком с соавторами – в отношении «экстернального локуса контроля», П. Кноттом с соавторами – в отношении «склонности к чувству вины». Согласно модели личности Р. Кеттелла, уменьшающими вероятность проявления агрессии свойствами личности являются эмоциональная устойчивость («сила Я»), совестливость («сила Сверх-Я»), мягкосердечность («премсия»), доверчивость («алаксия»), склонность к чувству вины («гипотимия»), «контроль

желаний» и некоторые другие.

Эмоциональные. На актуальное формирование агрессивной мотивации, целеполагание и вероятностное прогнозирование оказывают контролирующее влияние разнообразные эмоциональные переживания. В зарубежной психологии хорошо изучено тормозящее влияние страха возможного наказания. Показано, что если прямая агрессия возможна, то решающее значение приобретает вероятность ответа на агрессию субъекта также агрессией, т. е. возмездия, превращающего человека в жертву ответной агрессии. Многочисленные экспериментальные данные свидетельствуют о том, что страх перед наказанием или возмездием резко снижает возможность прямого проявления агрессивности в поведении – иными словами, ожидание негативных последствий агрессии является одним из наиболее значимых регуляторов торможения агрессии. В ряде случаев страх может обусловить механизм смещенной агрессии, описанный Н. Миллером. По мнению Л. Берковица, если фрустрация вызывает гнев, вероятность возникновения агрессивного поведения повышается, а если актуализируется страх – наиболее вероятными реакциями будут бегство или уход из ситуации. Вероятность проявления агрессии уменьшается также под влиянием чувства вины и повышенной тревожности. Х. Конрадт рассматривает чувство вины как субъективное негативное последствие агрессии и относит его к мотиву торможения агрессии. Снижение уровня агрессии в поведении под влиянием чувства вины экспериментально продемонстрировано в работе Р. Кноффа, Л. Лазатера, Р. Шумана, а Х. Денгеринк показал, что снижение уровня агрессии под влиянием чувства вины опосредовано процессами самосознания – негативная самооценка приводит к угрызениям совести, что обусловливает тормозящий эффект чувства вины.

Коммуникативные. Личностные структуры, связанные с общением (коммуникативные качества), по экспериментальным данным, также могут быть подавляющим агрессию фактором. В первую очередь это – способность к сопереживанию, эмпатии. Сопереживание и эмпатия рассматриваются как опосредующий фактор альтруистического (в противоположность антисоциальному агрессивному) поведения. Потребность в зависимости тоже анализируется как противоположная агрессивности мотивационная тенденция, причем она тесно связана как с потребностью в общении, так и мотивом страха наказания.

Интеллектуальные. Согласно когнитивным теориям агрессии Д. Зильманна и Л. Берковица, познавательные процессы играют

значительную роль в блокировании агрессивного поведения. Фактор интеллекта не столько подавляет или тормозит базовые агрессивные тенденции, сколько влияет на звено формирования субъективного образа ситуации – он позволяет разобраться в ситуации более глубоко, снизить фрустрирующую значимость ситуации, а следовательно, и уменьшить уровень возбуждения, побуждающего к агрессивным действиям. При чрезмерном уровне возбуждения (например, в ответ на сильную провокацию), согласно модели Д. Зильманна, когнитивные процессы дезинтегрируются и не могут осуществлять эффективный контроль агрессии.

Психологические защитные механизмы. При всей противоречивости взглядов на механизмы психологических защит и их формы можно выделить и общие моменты в предлагаемых определениях: в основном психологические защитные механизмы рассматриваются как неосознаваемые механизмы адаптивной перестройки восприятия и оценки, поддерживающие целостность сознания и искажающие образ реальности, в виде «перцептивных защит» или нарушений переработки информации. Неприемлемая для личности информация может или удаляться из сферы сознания, или подвергаться переструктурированию. При таком понимании представляется, что защитные механизмы выступают как тормозящие проявления агрессии регуляторы прежде всего в условиях психотравмирующих ситуаций, обеспечивают снижение их значимости или иллюзию их отсутствия, тем самым способствуя быстрому уменьшению собственной эмоциональной напряженности и препятствуя актуализации агрессивных побуждений. В этой своей функции они близки к механизмам копинг-поведения, хотя и отличаются от совладающего поведения рядом принципиальных моментов. В нейтральных же ситуациях защитные механизмы могут выступать и как факторы, способствующие проявлению агрессии, – через вытеснение или рационализацию собственной агрессивности.

Рассмотренные личностные структуры разных уровней осуществляют тормозящее влияние на реализацию агрессивных побуждений посредством двух основных механизмов. Во-первых, они регулируют поведение через механизм опосредования действий смысловыми образованиями личности, что предполагает способность личности к трансценденции на более высокий, ценностно-смысловой уровень управления собственным поведением. Это действие проявляется в основном на интенциональном этапе мотивации, этапе формирования конкретных ситуационных мотивов и целей действий, принятия решения. Во-вторых, и на этапе целеполагания, и на этапе

целедостижения и выбора способов достижения цели происходит непрерывная субъективная оценка (с постоянной обратной связью) как функция самосознания и осознания окружающей действительности. На основе соотнесения этих оценок осуществляются личностный контроль формирования каждого этапа мотивации и соответствующая результатам контроля коррекция каждого звена формирования поведения.

Нами, несмотря на некоторую громоздкость, выбран термин «тормозящие (подавляющие) агрессию личностные структуры» именно потому, что их психологическое регулирующее воздействие, осуществляемое разнообразными уровнями и сторонами личности, невозможно свести только к процессам «опосредования» или только к «контролю».

Под ***психотравмирующей ситуацией*** мы понимаем ситуации, вызывающие рост эмоциональной напряженности. Возникновение и развитие психической напряженности могут быть обусловлены препятствующим характером ситуации при необходимости достижения какой-либо цели, в этом случае эмоциональная напряженность будет сопровождать состояние фрустрации. Изменение эмоционального состояния субъекта может определяться особенностями ситуации, вызывающими либо внешний, либо внутренний, а чаще всего смешанный (внешний сочетается с внутренним) конфликт. Наконец, эмоциональная напряженность может сопровождать нарушения адаптации человека к повторяющимся, хроническим ситуациям угрожающего характера, препятствующим его самоактуализации – т. е. психологический стресс. При характеристике ситуации как психотравмирующей в контексте анализа криминальной агрессии необходимо учитывать, что она должна реально восприниматься человеком как психическая травма, обладать высокой субъективной значимостью, затрагивать ведущие ценностно-смысловые образования личности. Поэтому при оценке ситуации как психотравмирующей большую роль играют особенности личности и соответственно смыслового восприятия. Одно и то же ситуативное воздействие может обладать для разных людей различной субъективной значимостью, различным смыслом. Возникновение эмоциональной напряженности объясняется не объективными характеристиками ситуации, а субъективными особенностями восприятия и стереотипами реагирования. Иными словами, развитие стресса является результатом совокупного влияния психотравмирующей ситуации и дефицита личностных ресурсов.

Для возникновения криминальной агрессии большое значение имеют и такие характеристики ситуации, как ее

непредвиденность (субъективная неожиданность) или, напротив, длительность (хронический характер). Важную роль играет социальная ситуация, в которой находится человек. В практике КСППЭ чаще встречаются эмоционально обусловленные преступления, совершенные в армии или в семье. В таких относительно изолированных средах, когда источником стресса, фрустрации или конфликта являются агрессивные действия другого человека, у обвиняемого часто возникает ощущение субъективной безвыходности, повышается вероятность аффективной криминальной агрессии.

Итак, абстрагируясь от множества разнообразных факторов, сопровождающих каждое конкретное агрессивное действие, мы выделили в качестве оснований психологической типологии криминальной агрессии три базовых измерения: «уровень агрессивности личности», «уровень выраженности тормозящих агрессию структур» и «уровень выраженности психотравмирующего воздействия ситуации». Первые два вектора раскрывают взаимодействие личностных структур, играющих основную роль в формировании мотивации агрессивных действий, а третий – позволяет рассматривать механизм агрессии как следствие взаимодействия личностных и ситуационных переменных (рис. 4).

Основываясь на данной типологии, можно выявить разновидности механизмов агрессивных преступлений. Следует отметить, что эта связь не абсолютна (т. е. нельзя говорить о том, что каждому типу агрессии соответствует какой-либо отдельный механизм или каждый тип агрессии имеет единственную мотивацию), однако определенные сочетания уровня агрессивности и степени выраженности личностных структур, тормозящих агрессивные побуждения, взаимодействующие с характером ситуации, определяют наиболее характерные механизмы агрессивных действий, которые могут конкретизироваться в психологически разных видах мотивации.

1. ***Непосредственная реализация агрессивности***. У обвиняемых группы 1 (с высокой агрессивностью, низкими самоконтролем и способностью к опосредованию своих действий даже в нейтральных ситуациях) наиболее универсальным механизмом криминальной агрессии является стремление к реализации собственной агрессивности, которое приобретает самодовлеющее мотивирующее значение вне зависимости от внешних стимулов. Агрессивные преступления по механизму непосредственной реализации агрессивных побуждений чаще всего совершают истерические, возбудимые, истеровозбудимые, эпилептоидные и мозаичные психопатические личности, лица с

органическим психическим расстройством, осложненным психопатизацией личности, а также психически здоровые. Характерно, что и в групповых преступлениях обвиняемые 1-й группы чаще выступают в качестве лидеров. При непосредственной реализации агрессии высок уровень рецидивных правонарушений, часто предпринимаются меры по сокрытию преступления. В состоянии алкогольного опьянения совершается около трети преступлений. Среди жертв агрессии наряду со знакомыми лицами очень много незнакомых.

Непосредственное удовлетворение выраженных агрессивных побуждений может быть связано с тремя классами источников мотивации.

С *антисоциальными ценностями*, или устойчивыми надситуативными мотивами, что свойственно прежде всего психически здоровым.

С *чертами личности*, которые рассматриваются и как характерологические, отражающие стилевые, инструментальные, экспрессивные свойства поведения, и как мотивационные образования. По теории Г. Оллпорта, человек с выраженностью определенной черты личности «ищет ситуацию» для ее реализации. Это характерно для лиц с расстройством личности (психопатией).

С *потребностями биологического уровня*, например, сексуальными влечениями, без достаточного их опосредования социализированными ценностями и ситуативными факторами. При непосредственной реализации потребностей все преступления сводятся к изнасилованию или насильственным действиям сексуального характера. При этом у обвиняемых данной группы, совершивших изнасилования, экспертами-сексопатологами диагностируется «эгосинтоническая форма садизма». При этой форме парафилии садистическое влечение как бы «принимается» личностью, не вызывает негативного самоотношения, человек не испытывает внутреннего конфликта и реализует это влечение непосредственно, не пытаясь его сдерживать.

2. *Агрессия, совершенная под влиянием алкогольного опьянения*.

Каждые девять из десяти обвиняемых из типологической группы 2 совершают преступления в состоянии алкогольного опьянения. Подэкспертные этой группы не обладают высокой базовой агрессивностью, и поэтому механизм генеза агрессивных действий у них не может быть сведен к непосредственной реализации агрессивности в нейтральных ситуациях. Для объяснения влияния алкогольной интоксикации на поведение

обычно привлекают модель психофармакологического растормаживания в двух вариантах: физиологическом и психодинамическом. Обе разновидности модели сводятся к снятию контроля над поведением. На наш взгляд, даже теоретический анализ таких воззрений показывает их недостаточную состоятельность и чрезмерную упрощенность: эта модель годится для объяснения только тех случаев проявления агрессии, которые характеризуются сочетанием высокого уровня агрессивности как свойства личности с выраженностью тормозящих проявление агрессивности психологических структур. Современные экспериментальные исследования позволяют выдвинуть другое объяснение влияния алкогольного опьянения на криминальное поведение.

Агрессивное поведение лиц, находящихся в состоянии простого алкогольного опьянения, является реализацией агрессивных побуждений, возникающих вследствие смыслового восприятия и субъективной оценки ситуации как угрожающей, опасной (что обусловлено актуальным влиянием алкоголя на сознание и когнитивные процессы), при отсутствии или слабой выраженности компенсаторных защитных механизмов, способных или снизить уровень субъективной значимости ситуации, или препятствовать прямому проявлению агрессии, независимо от исходного уровня агрессивности. Таким образом, влияние алкогольного опьянения на криминальную агрессию заключается не столько в снижении контроля агрессивности, сколько в «проявлении» дефицитарности личностных структур, способных тормозить прямую реализацию агрессивных побуждений независимо от уровня исходной личностной агрессивности.

3. *Криминальная агрессия, совершенная под влиянием групповых воздействий.* Большое количество агрессивных преступлений в типологической группе 2 совершается совместно с другими правонарушителями, при этом сами обвиняемые (лица с органическим психическим расстройством, расстройством личности мозаичного круга) при совершении общественно опасных деяний выступают в пассивной роли ведомых, подчиненных воле лидера.

Обычно такого рода преступления, когда обвиняемый участвует в групповых преступлениях, не принимая осознанно роль подчиненного лидеру и преследуя свои цели (в основном корыстные), а попадая в своеобразную психологическую зависимость от субъективно значимого авторитета, обсуждаются в плане «суггестивной мотивации» или с привлечением для объяснения таких понятий, как «внушение», «подражание», «психическое заражение» и т. п. При таком понимании акцент

делается не на межличностном взаимодействии, а на воздействии одного лица на другое, причем последнее описывается как пассивный, не обладающий какой-либо психической активностью и свободой воли, субъект. Не всегда учитывается, что при подобных правонарушениях не только повторяется внешний рисунок поведения лидера, но и усваивается та или иная часть глубинной мотивации.

В лабораторных условиях аналогичный механизм криминальной агрессии описан С. Милграмом: добропорядочные испытуемые-добровольцы, повинуясь давлению экспериментатора, наносили удары током за ошибочное выполнение заданий «ученику» (в роли которого выступал помощник экспериментатора), при этом 65 % испытуемых доводили силу удара до 450 вольт, несмотря на демонстрацию их жертвой нестерпимых страданий. Р. Чалдини считает, что определяющим фактором в этих случаях проявления агрессии является снятие личной ответственности за свои действия.

В основе этого процесса лежит механизм *идентификации* вменяемых лиц с лидерами, субъективно значимыми авторитетами. Нами с Е.В. Макушкиным было показано, что именно динамика идентификации определяет формирование индуцированных психозов (а обвиняемые с такими психозами являются невменяемыми). Идентификация у вменяемых лиц имеет свои особенности. Лидер в отличие от душевнобольного индуктора осуществляет не бессознательное, а чаще осознанное воздействие. Идентификация с авторитетом также происходит с большей степенью осознания и включает не только эмпатию, но и осознанный интерес к его системе взглядов. В основе такой идентификации, как отмечал еще З. Фрейд, лежит более или менее осознанная идентификация с Я-идеалом, сопровождающаяся подчинением лидеру и восприятием прямого контроля над собой как законного. Самым важным отличием является глубина идентификации: у психически здоровых лиц и лиц с пограничными психическими расстройствами идентификация не доходит до третьей стадии – полного отождествления с лидером. Но при второй стадии – частичной идентификации мы можем говорить о наличии механизма группового воздействия на криминальную агрессию.

4. *Агрессия как результат неверной оценки ситуации*. Некоторые случаи криминальной агрессии у неагрессивных субъектов с несформированностью личностных структур, сдерживающих агрессивные побуждения (из типологической группы 2), развиваются по своеобразному механизму, основу которого составляет несоответствие личностных ресурсов

внешним, ситуационным. Иными словами, такие обвиняемые обнаруживают неспособность к свободному выбору возможных правомерных и неагрессивных вариантов действий в определенной ситуации. В основе этого лежит несформированность как смысловой и когнитивной оценки ситуации, так и недостаточность самооценки, что предопределяет выбор агрессивных форм разрешения ситуации с резким ослаблением их контроля и прогноза.

Несформированность отражательных и регуляторных функций является следствием психического расстройства. Обвиняемые характеризуются и интеллектуальной, и личностной незрелостью в структуре органического психического расстройства или умственной отсталости (олигофрении в стадии умеренно выраженной дебильности).

5. *Инструментальная агрессия*. Большинство случаев в группе 3, т. е. у обвиняемых с низким уровнем исходной агрессивности и с наличием различных личностных структур, тормозящих проявления агрессии в относительно нейтральных, не психотравмирующих ситуациях, мы можем отнести к «инструментальной агрессии». Тормозящие агрессию тенденции не позволяют совершать импульсивные, неопосредованные действия, а нейтральный характер ситуации не провоцирует на реактивную агрессию – следовательно, агрессия в данных случаях может быть только осознанной и реализующей какие-то намерения, не обязательно носящие агрессивный характер.

Различение враждебной и инструментальной агрессии, введенное С. Фешбахом, вызвано в первую очередь необходимостью противопоставить агрессивные действия, реализующие агрессивные намерения, таким же действиям, но соподчиненным намерениям явно неагрессивного характера. По данному механизму совершают агрессивные деяния психически здоровые лица, значительно реже – с органическим психическим расстройством (преимущественно резидуального генеза). В отличие от других видов мотивации криминальной агрессии при инструментальной агрессии крайне редко преступления совершаются в состоянии алкогольного опьянения, что косвенно указывает на осознанный и запланированный характер преступлений.

Наиболее частые криминально-агрессивные действия – это заказные убийства, убийства с целью завладения имуществом, убийства финансовых конкурентов, а также заранее запланированное убийство новорожденного ребенка собственной матерью из-за тяжелого материального положения.

6. *Отсроченная агрессия*. Случаи убийства в группе 4 (а

также в группе 8) показывают иной механизм воздействия тормозящих проявление агрессии структур. Здесь тормозящие влияния не позволяют непосредственно реализовать агрессивные побуждения, возникшие у обвиняемых в ситуации конфликтного взаимодействия с близкими людьми (при этом конфликты часто были инициированы самими обвиняемыми). Но через некоторое время они все же совершают убийства, возвращаясь на место конфликта. По существу, это механизм «отсроченной» агрессии у лиц с одновременным сосуществованием и тормозящих агрессию структур личности, и склонности к самовзвинчиванию.

В роли катализатора агрессивных побуждений, который преодолевает действие структур, сдерживающих агрессию, выступает прежде всего *склонность к самовзвинчиванию*, тесно связанная с пограничной психической патологией: с психопатией или акцентуацией личности по возбудимому типу, с органическим психическим расстройством с психопатизацией или хроническим алкоголизмом. У лиц с указанными психическими расстройствами выработаны компенсаторные по отношению к возбудимым чертам личности механизмы, доминирующими среди которых являются высокая тревожность, страх перед возмездием за совершенную агрессию. В ситуации конфликта с близкими родственниками, инициированного самими обвиняемыми (часто в состоянии алкогольного опьянения) или затеянного близкими родственниками и знакомыми, эти тормозящие личностные структуры препятствуют реализации возникших агрессивных побуждений. Однако после того как конфликт внешне исчерпан, уровень эмоционального возбуждения у этих обвиняемых не снижается, а, напротив, резко возрастает в течение некоторого времени (от нескольких часов до двух суток). Усиление возбуждения не связано с внешними психотравмирующими воздействиями (участники конфликта уже перестают взаимодействовать), оно развивается аутохтонно, под влиянием дисгармоничной структуры личности. В конце концов обвиняемые возвращаются на место конфликта и совершают убийство.

7. *Ситуативная агрессия.* У обвиняемых группы 5 механизм криминальной агрессии обусловлен взаимодействием личности с психотравмирующей или фрустрирующей ситуацией. Актуализацию ситуативных агрессивных мотивов в ответ на психотравмирующие воздействия, даже незначительные, облегчает высокая базовая агрессивность в сочетании с невыраженностью тормозящих личностных механизмов. Большинство правонарушений совершается в состоянии алкогольного опьянения. Жертвы преступлений – в основном

родственники и знакомые. Преобладающее психическое расстройство – психопатия возбудимого и истеровозбудимого круга, а также органическое психическое расстройство, нередко осложненное психопатизацией личности. Около четверти обвиняемых – психически здоровые.

У обвиняемых этой группы личностные особенности отражают асоциальную агрессивность в сочетании со сниженным опосредованием и контролем поведения. Но в отличие от обвиняемых, совершивших преступления по механизму непосредственной реализации агрессивных побуждений (группа 1), актуализирующихся вследствие воздействия ценностных, диспозиционных и потребностных факторов, в обсуждаемом случае высокая агрессивность связана в основном с ситуационными факторами. Она выступает не как мотивационная тенденция или устойчивая черта личности, реализующаяся в любых ситуациях, а как реактивная агрессивность, актуализирующаяся в ответ на психотравмирующие внешние воздействия. Как известно, у психопатических личностей и лиц с психопатоподобными состояниями круг психотравмирующих обстоятельств более разнообразен, нежели у здоровых лиц: он включает в себя психогении, адресованные наиболее слабым, уязвимым звеньям их дисгармоничной структуры психики. Так, для возбудимых личностей наиболее аффектогенными являются ситуации, ущемляющие их завышенную самооценку и уровень притязаний, склонность к независимости, к доминированию; для истерических аномальных личностей психотравмирующими являются ситуации, затрагивающие их представления о собственной личностной привлекательности, стремление быть в центре внимания, манипулировать окружающими.

8. *Агрессия, совершаемая под влиянием эмоционального возбуждения.* У обвиняемых группы 6 криминальные агрессивные действия возникают в ответ на психотравмирующие обстоятельства. Несмотря на невыраженность базовой агрессивности, редуцированность тормозящих личностных механизмов обусловливает непосредственный характер реализации реактивно возникающих агрессивных побуждений, их импульсивность и аффективный характер. Агрессивные побуждения возникают в структуре эмоционального возбуждения, возникновение и развитие которого связано с противоправными действиями потерпевшего.

Можно выделить два варианта обсуждаемого психологического механизма криминальной агрессии.

Первый вариант сводится к проявлению агрессии на высоте эмоционального возбуждения у лиц, не находящихся в состоянии

алкогольного опьянения. Здесь влияние эмоционального состояния можно проследить в «чистом» виде. Данные реакции эмоционального возбуждения могут иметь разную глубину: в ряде случаев они достигают степени выраженности аффекта (по смыслу ст. ст. 107, 113 УК РФ). Среди аффектов преобладают классические физиологические аффекты, которые от других юридически значимых эмоциональных состояний отличает одна особенность: они не сопровождаются накоплением (кумуляцией) эмоциональной напряженности, возникают внезапно и непосредственно после фрустрирующего воздействия.

В основном эмоциональные реакции возбуждения в психотравмирующих ситуациях возникают у психически здоровых и у лиц с органическими поражениями головного мозга с эмоциональной неустойчивостью, повышенной сензитивностью.

Второй вариант обсуждаемого психологического механизма агрессии – это агрессия, совершенная под влиянием не только эмоционального возбуждения, но и алкогольного опьянения. В этой группе преобладают лица с органическим психическим расстройством и психически здоровые, значительно реже по этому механизму совершают преступления обвиняемые с расстройствами личности, сформированными на органически неполноценной почве.

Здесь инициацию агрессивного побуждения можно связать с психотравмирующим воздействием. Роль алкогольного опьянения в этом случае состоит не в том, чтобы придать угрожающий смысл относительно нейтральной ситуации, а в том, чтобы усилить смысловое восприятие ситуации как реально психотравмирующей, опасной.

Реализация агрессивного побуждения обусловлена не только воздействием алкоголя, проявляющим несформированность тормозящих агрессию личностных структур, но и ослабляющим эти сдерживающие структуры влиянием эмоционального возбуждения.

Взаимопотенциирующее воздействие состояний эмоционального возбуждения и алкогольного опьянения в психотравмирующей ситуации и составляет основу выделенного механизма криминальной агрессии.

Среди потерпевших преобладают знакомые – их виктимно-провоцирующее поведение в процессе совместного распития спиртных напитков чаще всего и становилось причиной ответной агрессии.

9. *Агрессия как разрядка накопленного эмоционального напряжения.* Личностные особенности обвиняемых группы 7 отражают тормозящее агрессивные побуждения влияние

личностных структур разного уровня – ценностно-нормативных, эмоциональных (связанных со склонностью к чувству вины и тревожностью), диспозиционных, коммуникативных, интеллектуальных, а также черт, связанных с подчиняемостью, осторожностью и интровертированностью. Эти особенности свидетельствуют о сформированности личностных структур, преградных по отношению к прямому и непосредственному проявлению агрессии. Для неагрессивных лиц с выраженными тормозящими проявления агрессии структурами, совершающих криминальные действия в ответ на фрустрирующие воздействия, характерно накопление эмоциональной напряженности в условиях длительной психотравмирующей ситуации, с последующей ее разрядкой в противоправных действиях.

Эмоциональная напряженность является компонентом многих психических состояний и в зависимости от квалификации в общепсихологических терминах ведущего психического состояния, развившегося в психогенных условиях, можно выделить 2 основных варианта кумуляции напряженности – в структуре психологического стресса и в структуре психологического конфликта. И в том, и в другом случаях динамика накопления эмоционального напряжения не сводится только к развитию состояния стресса или конфликта в чистом виде: эти психические состояния тесно переплетены между собой, часто сопровождаются и многочисленными фрустрациями вследствие объективных внешних воздействий или неудачных копинг-стратегий, и формированием различных психологических защитных механизмов. Однако выделяемые нами варианты указывают на ведущее звено, влияющее на формирование кумуляции эмоционального напряжения.

Первый вариант – агрессия как разрядка эмоциональной напряженности кумулятивного генеза в структуре ***стресса****, развившегося в условиях длительной психотравмирующей ситуации.* По этому психологическому механизму совершают агрессивные действия обвиняемые с развитыми тормозящими агрессию личностными структурами и с невысокой исходной агрессивностью. В условиях длительной психотравмирующей ситуации, связанной с противоправными или аморальными действиями потерпевших, у таких обвиняемых развивается психологический стресс – интегральный ответ организма на экстремальные воздействия. Его ведущей характеристикой является эмоциональное напряжение, сопровождающееся дезадаптацией и различными психическими расстройствами.

По этому психологическому механизму совершают преступления психически здоровые, лица с органическим

психическим расстройством и значительно реже – страдающие психопатией. В подавляющем большинстве случаев у таких обвиняемых выявляются эмоциональные реакции и состояния кумулятивного генеза, ограничивающие способность к осознанию и регуляции своих действий.

Второй вариант обсуждаемого психологического механизма криминального поведения – агрессия как разрядка эмоциональной напряженности кумулятивного генеза в структуре ***личностного конфликта****, развившегося в условиях длительной психотравмирующей ситуации.* Личностный конфликт проявляется в сфере самосознания как столкновение ценностей, мотивов, целей, субъективно переживаемых как желания, намерения, побуждения, при примерном равенстве их интенсивности или значимости. Длительный личностный конфликт приводит к росту эмоциональной напряженности, в генезе которого можно выделить и влияние психотравмирующей ситуации, и роль индивидуально-психологических особенностей, препятствующих разрешению внутреннего противоречия.

Психологический анализ КСППЭ показывает, что личностный конфликт, лежащий в основе кумуляции эмоциональной напряженности, разрядкой которой являются криминально-агрессивные действия, переживается обвиняемыми в двух основных формах – ревности и нежеланной беременности.

Личностный конфликт в виде ревности как юридически значимое эмоциональное состояние в психологической экспертизе выделен Л.В. Алексеевой, которая определяет ревность как амбивалентное переживание любви и ненависти одновременно. Конфликт в виде ревности держит человека в постоянном напряжении, и это напряжение может разрешиться только при реализации какой-либо стороны конфликта – либо любви, либо ненависти. По описанному механизму совершают агрессивные преступления в основном мужчины, как правило, люди зрелого возраста. Во всех случаях обвиняемые ревнуют к своим супругам, но жертвами убийства в большинстве случаев являются не жены, а реальные или мнимые «соперники» самих обвиняемых. Большинство таких обвиняемых страдают органическим психическим расстройством или психопатией, гораздо реже встречаются психически здоровые.

Личностный конфликт в форме нежеланной беременности подробно и разносторонне описан в работах В.И. Брутмана с соавторами при клинико-психологическом исследовании матерей-«отказниц», оставляющих своих новорожденных детей в родильном доме. Глубокий личностный конфликт между желанием родить ребенка и требованиями окружающих

избавиться от беременности, а чаще – между желанием родить и собственными референтными представлениями о греховности, недопустимости внебрачного материнства обусловливает кумуляцию эмоционального напряжения. У таких женщин формирование психологических защитных механизмов сочетается с попытками совладающего поведения, которые оказываются неэффективными в первую очередь из-за объективного стечения обстоятельств (распознание своей беременности на поздних сроках, вследствие чего оказывается невозможным легальное ее прерывание; желание родить в другом городе и оставить новорожденного в роддоме, не реализуемое из-за материальных затруднений). Такие ситуации, в свою очередь, оказываются дополнительными фрустрациями, что обусловливает усугубление внутреннего конфликта и дальнейший рост эмоциональной напряженности. В состоянии выраженной эмоциональной напряженности поведение матери при родах определяется аффективной мотивацией, и это снижает ее возможность адекватно оценивать окружающее и свои действия. По описанному механизму развиваются агрессивные действия против новорожденных детей у женщин (как правило, от 18 до 30 лет), забеременевших вне брака или в результате изнасилования.

10. ***Агрессия в состоянии декомпенсации.*** Этот механизм агрессии описан в психиатрических работах и сводится к срыву компенсаторных и гиперкомпенсаторных механизмов, выработанных аномальной личностью в ходе социальной адаптации. Обычно в клинических работах компенсации рассматривают как вторичные характерологические свойства, которые нивелируют первичные психопатические особенности личности. Иными словами, компенсаторные механизмы при расстройствах личности выполняют, на наш взгляд, в основном роль диспозиционных личностных структур, сдерживающих проявления дезадаптивных черт личности, в частности, и агрессивности. При изменениях ситуационных условий, особенно при психотравмирующих воздействиях, попытка адаптации к ним за счет компенсаторных характерологических свойств оказывается неэффективной и приводит к декомпенсации. Срыву компенсаторных структур личности нередко предшествует, как это выявлено Н.К. Шубиной, гиперкомпенсация и псевдокомпенсация, что только усугубляет личностную дисгармоничность и ускоряет дезадаптацию.

Рис. 5. Психологические механизмы криминальной агрессии в нейтральных ситуациях

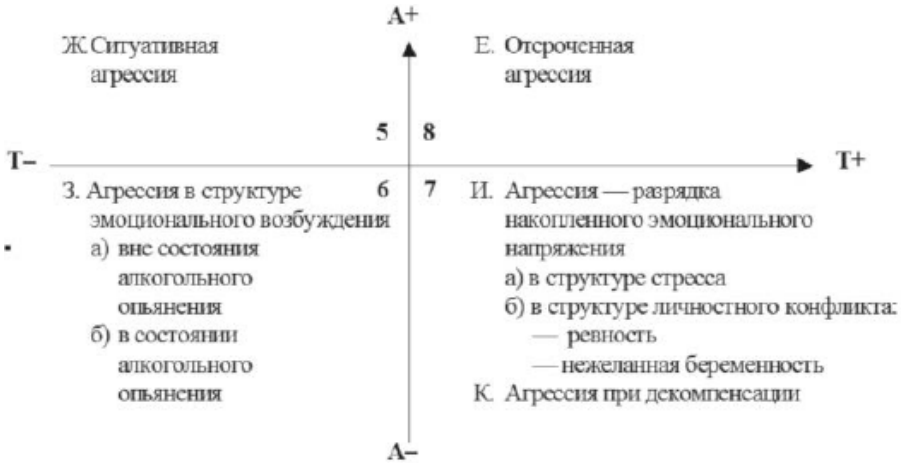

Рис. 6. Механизмы криминальной агрессии в психотравмирующих ситуациях

Все признанные вменяемыми обвиняемые (с расстройствами личности, нередко на фоне органического психического расстройства), совершающие правонарушения в состоянии декомпенсации, не могут в криминальной ситуации в полной мере осознавать значение своих действий и руководить ими, в отношении них устанавливается «ограниченная вменяемость».

Таким образом, анализ практики КСППЭ позволяет выделить 10 видов механизмов агрессивных преступных действий (рис. 5, 6).

В группе 1 доминирующими являются диагнозы «Органическое психическое расстройство» и «Расстройство личности (психопатия)». Психопатические личности – это в основном аномальные личности истеровозбудимого и мозаичного круга. Среди органических расстройств больше распространено текущее заболевание по сравнению с резидуальными их формами.

В группе 2 преобладают лица с органическими нарушениями, примерно с равным количеством протекающих органических заболеваний и остаточных явлений органического поражения мозга. Так же как и в предыдущей группе, круг личностных расстройств составляют психопатии истеровозбудимого круга и мозаичной структуры. В этой группе больше всего лиц, страдающих алкоголизмом.

В группе 3 – в основном психически здоровые, чуть меньше лиц с органическим поражением мозга, и еще меньше обвиняемых с расстройствами личности. Среди лиц с органическими расстройствами преобладают больные с резидуальной формой.

В группе 4 – обвиняемые с диагнозами «Психически здоров», «Расстройство личности» и «Органическое психическое расстройство».

В группе 5, так же как и в группе 1, чаще всего ставились диагнозы «Органическое расстройство» и «Расстройство личности (психопатия)». Психопатические личности – в основном истеровозбудимого и мозаичного круга.

В группе 6, аналогично группе 2, больше всего лиц с органическими поражениями головного мозга. Психически здоровых существенно меньше, и совсем редко встречаются психопатические личности.

В группе 7, как и в группе 3, больше всего психически здоровых. Их число преобладает над количеством лиц с органической и личностной патологией. Среди психопатических личностей самые частые – тормозимого и мозаичного круга.

Наконец, в группе 8 количество лиц с обсуждаемыми диагнозами распределяется примерно поровну, так же как и в группе 4.

Таким образом, *выявляются некоторые корреляции между клинической диагностикой и типом криминальной агрессии. Эти корреляции зависят от личностных особенностей, определенного соотношения базовой агрессивности и личностных структур,*

оказывающих тормозящее влияние на проявление агрессивности и агрессивных побуждений в поведении.

Преобладание агрессивности при недостаточной выраженности тормозящих агрессию структур личности характерно прежде всего для психопатических личностей со стеническими (истеровозбудимыми, эпилептоидными, паранойяльными) проявлениями (группы 1 и 5). Органические психические расстройства (и хронический алкоголизм) в большей мере связаны с отсутствием агрессивности при дефицитарности личностных структур, оказывающих тормозящее влияние на реализацию агрессивных импульсов (группы 2 и 6). У психически здоровых в целом преобладающим сочетанием является сформированность личностных структур разного уровня, тормозящих проявления агрессии, с невыраженностью агрессивности как черты личности (группы 3 и 7).

Для ***психически здоровых*** характерны практически все выделенные нами психологические механизмы агрессивных преступлений, за исключением криминальной агрессии при инфантилизме и при декомпенсации. Наиболее типичные для психически здоровых агрессивные действия – это инструментальная агрессия и агрессия как разрядка накопленной в условиях психотравмирующей ситуации эмоциональной напряженности.

Таким образом, наиболее характерные агрессивные действия, которые совершают психически здоровые, обусловлены низким уровнем их исходной агрессивности и высоким уровнем сформированности личностных структур, тормозящих проявления агрессии. В нейтральных ситуациях агрессивные намерения психически здоровых формируются, соподчиняясь мотивам более высокого уровня, которые не являются сами по себе агрессивными – но для их реализации осознанно избирается агрессивный способ (инструментальная агрессия) как наиболее предпочтительный. В психотравмирующих ситуациях эти же личностные структуры (и их взаимодействие) определяют длительное воздержание от агрессивных действий, что приводит к накоплению эмоциональной напряженности в структуре стресса или личностного конфликта, которые сопровождаются и разнообразными фрустрациями. Агрессия в этом случае выступает как разрядка эмоционального напряжения, ослабляющая способность субъекта (в основном регулируемую на смысловом уровне – личностными ценностями) к опосредованию и контролю своих действий.

В целом у психически здоровых в генезе криминально-агрессивных действий, при всем их разнообразии, ведущую роль

играет смысловая регуляция: в относительно нейтральных ситуациях агрессия определяется направленностью асоциальных ценностей личности, а в психотравмирующих условиях – ценностная ориентация является регулятором опосредования и контроля агрессивных побуждений, что обусловливает кумуляцию напряжения с последующей ее разрядкой, чаще не в полной мере осознаваемой и регулируемой.

При ***расстройствах личности (психопатиях)*** криминальная агрессия также протекает по разнообразным механизмам, за исключением убийств новорожденных детей и преступлений, связанных с личностной и интеллектуальной незрелостью. Наиболее характерны для психопатических личностей преступления, совершенные при декомпенсации, а также непосредственная или ситуативная реализация собственной агрессивности.

Агрессивность у обвиняемых с личностными расстройствами связана не только и не столько с антисоциальной направленностью ценностей, сколько с определенными чертами характера – демонстративностью, возбудимостью, эксплозивностью, эпилептоидностью, паранойяльностью. Тормозящие агрессию личностные структуры также носят в основном не ценностный и социально-нормативный характер, а тесно связаны с чертами личности, формирующимися взамен тех, которые обусловливают дезадаптацию лиц, страдающих психопатией. Таким образом, регуляция поведения у психопатических личностей протекает в основном на диспозиционном уровне – черты личности выступают и как источник агрессивных побуждений, и как инстанция контроля этих побуждений. По сравнению с психически здоровыми, осуществляющими смысловую регуляцию деятельности (разные варианты этой регуляции можно проследить и в механизмах криминальной агрессии, осуществляемой здоровыми обвиняемыми), при психопатии регуляция поведения, в том числе и криминального, реализуется личностными структурами более низкого уровня. Клинически это проявляется в отмечаемом психиатрами неумении психопатических личностей использовать прошлый опыт, в основе чего лежит недостаточная сформированность ценностной смысловой сферы.

Обвиняемые с ***органическим психическим расстройством*** совершают агрессивные преступления по разнообразным механизмам – практически в каждом выделенном психологическом механизме агрессии некоторая часть обвиняемых страдает органическим поражением головного мозга.

Это объясняется прежде всего тем, что группа органических

психических расстройств объединяет как стабильные (резидуальный характер поражения), так и прогредиентные состояния (текущее заболевание), а также тем обстоятельством, что в качестве ведущего могут выступать различные синдромы:

– психоорганический (малодифференцированные в структурном отношении умеренно выраженные расстройства органического генеза);

– органическое личностное расстройство (психопатоподобные состояния);

– несформированное личностное расстройство (эмоционально-волевая неустойчивость);

– легкое когнитивное расстройство (интеллектуальная незрелость).

Рассмотрим роль этих синдромов в отдельных психологических механизмах криминальной агрессии.

При *непосредственной реализации агрессивности* ведущими расстройствами являются психоорганический синдром и психопатоподобные состояния. При психоорганическом синдроме доминирует реализация агрессивности потребностного уровня – большинство обвиняемых совершили убийства, сопряженные с изнасилованием, а один из них обвинялся в серийных сексуальных убийствах. При психопатоподобных состояниях мотивация агрессивных действий схожа с мотивацией, присущей психопатическим личностям: агрессивность носит диспозиционный характер и связана с такими чертами личности, как возбудимость, подозрительность, злопамятность, эпилептоидность и т. п.

Агрессия, совершаемая *под влиянием алкогольного опьянения*, присуща обвиняемым с психоорганическим синдромом и психопатоподобными состояниями, но в этой группе отмечается большое количество лиц с органическими нарушениями, у которых диагностирован хронический алкоголизм. Все обвиняемые с органическим расстройством и одновременно с хроническим алкоголизмом отличаются умеренно или мало выраженным психоорганическим синдромом. В психологическом механизме этого вида криминальной агрессии, таким образом, проявляются особенности психики, обусловленные органическим расстройством, развившимся вследствие хронической алкоголизации. Воздействие этих факторов приводит, как было установлено при изучении патопсихологических симптомокомплексов, к снижению всех психических функций, в том числе – и к недостаточности способности к опосредованию и контролю своих действий (что клинически обычно диагностируется как эмоциональная и волевая неустойчивость).

Дефицитарность личностных структур, тормозящих проявления агрессивных побуждений, играет основную роль в механизме агрессивных действий под влиянием состояния опьянения. Эта же закономерность сохраняется и при совершении агрессивных преступлений в состоянии алкогольного опьянения, совершаемых лицами с органическим психическим расстройством и алкоголизмом в психотравмирующих ситуациях.

При агрессии, совершаемой *под влиянием психической незрелости*, все случаи обусловлены интеллектуальной недостаточностью лиц с органическими нарушениями. Основную роль здесь играет интеллектуальное и личностное недоразвитие обвиняемых, влияющее на звено принятия решения и обусловливающее неправильную оценку ситуации и недостаточный прогноз возможных последствий своих действий.

При агрессии, возникающей в структуре *эмоционального возбуждения*, также отмечено преобладание лиц с органическими расстройствами. В этом случае основную роль играет свойственная лицам с органическими нарушениями недостаточность развития личностных структур, тормозящих проявления агрессии. Агрессивные побуждения, возникающие в ответ на психотравмирующие воздействия при нарастании эмоционального возбуждения, реализуются непосредственно, минуя какие-либо опосредующие звенья и самоконтроль.

При анализе других механизмов ярко выраженной специфики влияния органического психического расстройства на особенности мотивации не выявлено.

Для лиц с ***алкоголизмом*** наиболее специфичны агрессивные преступления, совершенные под влиянием алкогольного опьянения.

Ведущим расстройством у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом 2-й стадии, является недостаточность личностных структур, тормозящих проявления агрессии. Эта недостаточность проявляется как на ценностном и социально-нормативном уровнях (клиницистами традиционно отмечается морально-этическое снижение таких больных), так и в коммуникативном, эмоциональном, интеллектуальном плане (что также коррелирует с выявляемыми психиатрами и наркологами эгоцентризмом, эмоциональным огрублением, интеллектуальным снижением и другими особенностями больных алкоголизмом).

Психический инфантилизм, или недоразвитие интеллектуальной и личностной (эмоциональной, волевой, мотивационной) сфер, является свойством многих психических заболеваний, сформированных под влиянием дизонтогенеза: умственная отсталость (олигофрения в степени умеренно

выраженной дебильности), органическое психическое расстройство и др. Психически незрелые обвиняемые совершают агрессивные действия по разным механизмам, однако влияние личностной патологии наиболее явно прослеживается при совершении преступлений, в которых проявление агрессии тесно связано с недостаточной сформированностью психических процессов.

Возникновение агрессивных побуждений связано не с высокой агрессивностью (напротив, психически незрелые обвиняемые отличались низким уровнем личностной агрессивности), а с недостаточной когнитивной и смысловой оценкой ситуации, их реализация обусловлена прежде всего недостаточной сформированностью личностных структур, способных оказать тормозящее влияние на проявления агрессии. Недостаточно сформированы и ценностная сфера, и способность к социально-нормативной регуляции своих действий, и структуры эмоционального, интеллектуального, коммуникативного контроля.

Парафилия, или патология сексуального влечения, редко является самостоятельным психическим расстройством. Как отмечают А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков, необходимо учитывать коморбидность парафилий – их сосуществование с другими психопатологическими состояниями. Наиболее тесные связи с агрессивным поведением имеет такая форма парафилии, как садизм, определяемая по МКБ-10 как «предпочтение сексуальной активности, включающей причинение боли, унижение или установление зависимости». В отличие от эгодистонической формы парафилии, когда у больного существует внутриличностный конфликт и он осознает свое нарушенное сексуальное влечение как нечто «чуждое» его структуре личности, при эгосинтоническом варианте субъект как бы сливается со своим влечением, принимает его как присущее собственной личности и не пытается каким-либо образом преодолевать его, не испытывая внутреннего конфликта. Агрессивные действия совершаются в структуре удовлетворения полового влечения, в ряде случаев они спровоцированы состоянием алкогольного опьянения.

Непосредственная реализация высокой агрессивности у лиц с патологией сексуального влечения протекает на потребностном уровне – как реализация влечения, предполагающего агрессивный способ удовлетворения половой потребности. Реализация потребности облегчалась отсутствием личностных структур, способных оказать преградное действие по отношению к патологическому влечению, напротив, самопринятие этого

патологического влечения вызывало определенное и ценностное отношение к сексуальной агрессии, что также способствовало совершению садистических действий.

Итак, еще раз подчеркнем, что описанные нами типы и механизмы криминальной агрессии носят в целом вненозологический характер и зависят в большей мере не от формы пограничной психической патологии, а от взаимодействия определенных индивидуально-психологических особенностей с ситуативными переменными. Но тем не менее мы можем при их анализе отчетливо проследить проявление в них различных психических расстройств, которые не столько влияют на своеобразие поведения при совершении агрессивных преступлений, сколько оказываются факторами, обусловливающими те или иные индивидуально-психологические особенности. Эти особенности во взаимодействии с ситуативными переменными и определяют механизмы криминальной агрессии.

Для *психически здоровых* наиболее характерны преступления, сопровождающиеся либо осознанным выбором агрессивных способов достижения мотивов неагрессивного характера в относительно нейтральных ситуациях, либо длительным оттормаживанием возникающих агрессивных побуждений (кумулятивные аффективные реакции и состояния) в психотравмирующих условиях, которое связано с позитивной социальной ориентацией их ценностной сферы и с наличием личностных черт, контролирующих поведение. И в том, и в другом случаях в генезе криминальной агрессии прослеживается влияние *ценностной (смысловой) регуляции* поведения.

Психопатические личности и лица с психопатоподобными состояниями преимущественно совершают такие криминальные действия, которые реализуют их высокую базовую агрессивность, связанную с патологическими чертами личности, не опосредованную и не контролируемую какими-либо тормозящими тенденциями. Агрессия обвиняемых с расстройствами личности во многом формируется под влиянием *диспозиционной регуляции* действий.

Обвиняемые с умеренно и мало выраженным психоорганическим синдромом при *органическом психическом расстройстве и хроническом алкоголизме*, будучи преимущественно неагрессивными по своей личностной структуре, чаще совершают правонарушения под влиянием различных ситуативных и внешних факторов (алкогольного опьянения, группового давления, психотравмирующих обстоятельств), чему способствует слабая выраженность

личностных структур, подавляющих проявления агрессии. У лиц с психической незрелостью в структуре олигофрении и органического поражения головного мозга криминальная агрессия обусловливается недостаточными интеллектуальными и личностными ресурсами оценки ситуации в сочетании с неспособностью к опосредованию и контролю своих действий. В механизме агрессивных действий лиц с патологией функционирования головного мозга, таким образом, проявляется в большей мере *ситуативная регуляция* поведения.

У лиц с *патологией влечения* (парафилией) агрессия выступает как принимаемая личностью реализация потребностей биологического уровня – для них характерна *потребностная регуляция* поведения.

В целом характерной особенностью агрессивных преступлений, совершенных обвиняемыми с психическими аномалиями в отличие от психически здоровых, является недостаточность регуляторного влияния на поведение системы ценностей, способных преодолевать диспозиционную, ситуативную и потребностную логику поведения. С этим же связана другая их особенность: большее влияние, чем у здоровых, ситуативных факторов на формирование мотивации криминальной агрессии. Психически здоровые люди даже в условиях длительной психотравмирующей ситуации стремятся не применять агрессивные способы разрешения экстремальных условий – за счет выбора стратегии совладающего поведения, формирования психологических защитных механизмов, сдерживания эмоционального напряжения. Для аномальных личностей более характерны непосредственные формы реагирования на незначительные ситуационные воздействия. Даже при невысокой их личностной агрессивности несформированность у них ценностных регуляторных механизмов легко проявляется в агрессивном поведении под воздействием различных экзогенных факторов – алкогольного опьянения, групповых воздействий, психотравмирующих обстоятельств.

Рекомендуемая литература

Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступность и психические аномалии. – М., 1987.

Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М., 1991.

Гульдан В.В. Мотивация преступного поведения психопатических личностей // Криминальная мотивация. – М.,

1986. – С. 189–250.

Дмитриева Т.Б., Качаева М.А., Сафуанов Ф.С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка: Пособие для врачей и психологов. – М., 20 01.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М., 2003.

Н.В. Дворянчиков,
доцент, кандидат психологических наук

Психологическое исследование в судебной сексологии

Психологическое исследование имеет достаточно широкое распространение в экспертной практике. При этом в последнее время в судебной экспертизе наблюдается расширение диапазона экспертных задач, в решение которых может быть вовлечен специалист-психолог. Во многом это связано с появлением новых видов экспертных исследований.

Так достаточно широкое распространение получило экспертное исследование с одновременным участием и психолога, и сексолога. Актуальность подобного комплексирования связана с необходимостью более дифференцированной экспертной оценки лиц, совершивших сексуальные правонарушения. Кроме того, это обусловлено тем, что изучение многих аспектов юридически значимых психических явлений в этих случаях требует совместного применения специальных сексологических и психологических познаний.

Подобное исследование приобретает особую актуальность при экспертизе сексуальных правонарушителей, а также потерпевших от сексуальных насильственных действий, свидетелей по делам о сексуальных правонарушениях и т. д.

В этих случаях перед сексологом возникает ряд задач, решение которых без психологического анализа крайне затруднено.

Так, согласно работам А.А. Ткаченко, аномалии сексуальной сферы могут в определенной степени *повышать вероятность* совершения противоправных сексуальных действий. Но ответ на вопрос о влиянии выявленных аномалий на способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершенных действий требует не только клинического (сексологического), но и психологического исследования и анализа, поскольку касается «юридического» или «психологического» критерия вменяемости. Или, например, очевидно, что нарушения психосексуального развития у свидетеля сексуального правонарушения будут сказываться на способности к отражению криминальной ситуации. Возникающий в этом случае вопрос о влиянии психосексуального развития на способность в полной мере понимать обстоятельства, имеющие

значение для дела, и давать о них правильные показания крайне затруднен без психологического исследования.

Кроме того, как показывает практика, психологическое исследование может быть достаточно чувствительным к феноменам, которые могут обладать дифференциально-диагностической ценностью. Оно способно дать очень ценную информацию специалисту-сексологу относительно искажений полового самосознания, восприятия объекта сексуального предпочтения, эмоционального отношения к нему, характерных стилей взаимодействия с объектом и т. д. Психологическое исследование в этом случае может дополнить сексологическое, частично подтверждая и даже уточняя его результаты.

В ряде случаев оно оказывается очень полезным для эксперта-психолога и дает важную информацию о структурах, участвующих в регуляции сексуального поведения.

Применение клинико-психологических знаний в экспертном исследовании

В настоящее время применение психологических познаний в судебной экспертной практике для решения различных задач достаточно полно освещено в работах М.М. Коченова, Ф.С. Сафуанова, И.А. Кудрявцева, Л.В. Алексеевой. Традиционно основной задачей экспертного психологического исследования является установление влияния особенностей психического состояния личности на качество отражения и регуляции юридически значимого поведения подэкспертного в интересующий следователя (суд) момент.

В литературе существует разграничение экспертной компетенции психолога и клинициста (психиатра). Психологические познания используются для определения влияния психологических факторов на степень произвольности поведения. Психолог выявляет особенности отражения действительности и регуляции психической деятельности или поведения подэкспертного, имеющие значение для дела *(юридический* или *психологический критерий)*. Эксперт-психиатр оценивает юридическое значение выявляемых психических расстройств *(медицинский критерий)*.

При этом практика показывает, что результаты психологического исследования достаточно активно применяются экспертами-клиницистами при установлении медицинского критерия. Так, традиционно эти результаты используются для решения следующих задач в экспертной практике: 1)

дифференциально-диагностической, 2) оценки структуры и глубины нарушений психической деятельности.

При решении первой задачи психологом описывается патопсихологический симптомокомплекс: совокупность особенностей и нарушений психических процессов/свойств/состояний, относительно специфичных для той или иной клинической нозологии.

Решение второй задачи имеет значение для оценки способности подэкспертного адекватно понимать значение своих поступков и регулировать их. Это касается лиц как с психическими аномалиями (исследование глубины психических нарушений), так и без психических аномалий, но с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством.

Теоретически и методологически адекватным для решения этих задач в рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы является патопсихологическое исследование, теоретические и методологические основы которого разработаны Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляковым, В.В. Николаевой, Е.Т. Соколовой. Методы традиционного патопсихологического исследования направлены на оценку сохранности различных уровней регуляции деятельности и системных нарушений, закономерно проявляющихся при выпадении одного фактора. Патопсихологическое исследование является теоретически адекватным для определения потенциальной способности к реализации психических процессов и функций, поскольку оно построено по принципу функциональных проб, в которых моделируются процессы, релевантные различным видам деятельности (например, пробы на опосредованное запоминание, прогноз развития событий и т. д.). Кроме того, патопсихологическое обследование является очень чувствительным инструментом для выявления структуры нарушения психических процессов/качеств/состояний, сопутствующих тем или иным психическим заболеваниям. Так, в литературе существует описание патопсихологических симптомокомплексов, наличие которых позволяет верифицировать различные клинические гипотезы.

Таким образом, патопсихологическое исследование дает возможность решать дифференциально-диагностические задачи, определяя значимые для клинической диагностики патопсихологические симптомокомплексы, а также провести анализ сохранности различных уровней регуляции деятельности в экспериментальной ситуации, что позволяет говорить о потенциальной способности к осуществлению регуляции на том

или ином уровне. Блок патопсихологических методик может быть использован для проведения различных видов экспертного исследования – как комплексного, где психолог выступает в роли полноправного эксперта, так и однородного судебно-психиатрического.

При проведении судебно-сексологической экспертизы также возникает необходимость в дополнительном исследовательском психологическом блоке, который позволял бы как решать дифференциально-диагностические задачи, так и оценивать возможные психологические факторы в регуляции поведения. При этом спектр экспертных задач, которые решаются с привлечением специалиста-сексолога, достаточно широк и в уголовном и в гражданском праве. Это вопросы экспертизы обвиняемых в сексуальных правонарушениях, экспертиза сексуальной зрелости, экспертиза потерпевших от сексуальных деликтов, экспертиза спорных половых состояний и т. д. Очевидно, что при этом может возникнуть необходимость в использовании психологических разработок по указанным выше областям.

Решение дифференциально-диагностических задач и оценка регулятивного потенциала юридически значимых психических процессов по делам о сексуальных правонарушениях имеют определенную специфику.

Традиционно для оценки актуальной способности к осуществлению юридически значимых психических процессов используется сопоставительный анализ полученных в экспериментальном исследовании данных с ретроспективным отчетом подэкспертного о динамике криминальной ситуации, а также со свидетельскими показаниями.

В психологическом экспертном исследовании должны, как правило, использоваться экспериментальные ситуации, моделирующие определенные аспекты деятельности – релевантные юридически значимым процессам.

При психологической оценке способности к осознанной произвольной регуляции поведения при сексуальных правонарушениях возникает необходимость учитывать влияние специфических факторов, которые могут существенным образом опосредовать *самовосприятие* и *восприятие* и *понимание ситуации*.

Речь идет прежде всего о необходимости анализа психических структур, участвующих в регуляции сексуального поведения и отражающих степень его социализации и опосредованности.

Сексуальное поведение в онтогенезе проходит длительный путь социализации, в результате которого оно приобретает социально опосредованный и полимотивированный характер. Как

отмечает И.С. Кон, сексуальное по форме поведение может участвовать в удовлетворении многих потребностей: в общении, в познании, в самоутверждении и др.

Важнейшими индикаторами социализации сексуальной сферы, как отмечали Ю.М. Антонян и В.В. Гульдан, являются половое самосознание и особенности межличностного восприятия, которые опосредуют стратегии межпартнерского взаимодействия при реализации сексуального поведения.

Некоторые современные исследования свидетельствуют о том, что правильно усвоенные полоролевые стереотипы определяют успешность запоминания наиболее привычных объектов (соответствующих полу), облегчают процесс принятия решения и регуляции поведения в ситуациях, требующих участия полоролевых стереотипов, влияют на понимание состояний, намерений других людей.

Согласно исследованиям Р. Кестнера, Дж. Ауби, И. Черни, В. Риаллса, адекватно усвоенная половая роль: 1) задает определенные правила межпартнерского взаимодействия; 2) облегчает принятие решения в ситуациях сексуального и полоролевого взаимодействия, предопределяя некоторые сценарии сексуального поведения в типичных ситуациях, диктуя ценности, нормы, стандарты поведения; 3) предполагает достаточно широкий диапазон способов полоролевого поведения и возможностей самореализации личности.

Если процесс формирования полоролевых структур личности нарушен, то возможность их участия в процессах восприятия и понимания информации, связанной с полом (в том числе и сексуального характера), в принятии решений и регуляции поведения в ситуациях сексуального взаимодействия будет существенно ограничена.

Эмпирические и теоретические данные современной психологии пола позволяют говорить о том, что представления о полоролевых стереотипах играют определяющую роль в процессах восприятия и понимания информации, связанной с полом, принятия решения т. д. Причем на регуляцию психических процессов влияют различные характеристики половых ролей. Во-первых, это когнитивная дифференцированность представлений о полоролевых стереотипах. Во-вторых, соотносимость представлений о половой роли с соответствующими полу установками, имеющими отношение к полоролевой сфере: 1) соответствие представлений о своем поле полоролевым предпочтениям (установки на обладание эталонными качествами своего пола); 2) соответствие представлений о противоположном поле сексуальным предпочтениям.

В то же время способность к эмоциональному сопереживанию является необходимым компонентом для нормального формирования различных этапов психосексуального развития. Как отмечают многие исследователи, способность к эмоциональному сопереживанию, учету состояний, мнений, оценок других людей при достижении собственных целей формируется в онтогенезе.

Эмоциональные нарушения, в частности, нарушения эмпатии, с одной стороны, могут свидетельствовать об искажении интериоризации полоролевых стереотипов на эмоциональном уровне, а с другой – обусловливать нарушения способности к распознаванию и переработке эмоциональных состояний другого человека. Так, в работе В.А. Лабунской было показано, что полоролевые стереотипы играют существенную роль в восприятии эмоциональных стимулов. Было обнаружено, что при восприятии феминнных атрибутов испытуемые склонны приписывать объекту в большей степени эмоциональные характеристики, в то время как маскулинные атрибуты в большей степени ассоциируются с низкой эмоциональностью и инструментальными характеристиками в поведении.

Анализ эмоциональных нарушений особенно важен при оценке поведения испытуемого в ситуации сексуального деликта, поскольку данные нарушения могут ограничивать способность к регуляции поведения.

Многие современные исследователи обращают внимание на особенности эмпатических способностей и социальной компетентности у лиц, совершивших сексуальные противоправные действия.

Наиболее известна и популярна среди исследователей поэтапная модель процесса эмпатии Маршалла, согласно которой выражение сочувствия вовлекает четыре последовательных процесса: 1) узнавание эмоции, 2) оценку перспективы, 3) эмоциональный ответ, 4) ответное решение. Утверждается, что стадия узнавания эмоции (различение эмоционального состояния другого) – предпосылка к последующим стадиям, то есть, чтобы понять эмоциональное состояние другого, нужно сначала узнать эмоцию. Второй этап, оценка перспективы, включает интерпретацию или оценку эмоционального состояния, которое было обнаружено на предыдущем этапе. Оценка перспективы крайне важна для установления механизмов реализации сексуальной агрессии. Так, насильники могут испытывать трудности в оценке эмоционального состояния жертвы и поэтому продолжать нападать. Третья стадия – сопереживание или эмоциональный ответ на обнаруженное состояние. Сексуальные

насильники могут быть особенно несовершенны в этой области из-за ограниченного диапазона стратегий эмоционального реагирования. Наконец, четвертая стадия предполагает выбор поступка, действия, основываясь на информации, полученной на предыдущих стадиях эмпатического процесса. Сексуальные преступники могут быть успешными на первых трех этапах эмпатического процесса, но все еще продолжать агрессивные действия, демонстрируя нарушение способности принятия решения.

В отечественной психологии Н.С. Куреком разрабатывается модель «эмоциональной активности», в которой описываются особенности восприятия и оперирования эмоциогенной информацией при межличностном взаимодействии. Эмоциональная активность – нецеленаправленное непроизвольное изменение психической активности, включающее восприятие и осознание эмоциогенных стимулов, их субъективную переработку и выражение своего отношения к воспринятому, характеризующееся приятным-неприятным тоном, положительным-отрицательным знаком, определенной модальностью (радость, страх, печаль и т. д.).

Соответственно в эмоциональной активности выделяют импрессивный компонент – восприятие, оценка и осознание эмоциогенных стимулов; субъективный – их субъективная переработка; экспрессивный – выражение своего отношения к воспринятому. Использование этой модели позволяет устанавливать вклад различных звеньев эмоциональной активности в регуляцию аномального сексуального поведения.

Таким образом, психологический анализ сексуальной сферы должен включать в себя и исследование способности понимать эмоциональное состояние другого человека, сопереживать ему, действовать в соответствии с его потребностным состоянием.

Очевидно, что анализ динамики юридически значимых процессов/ качеств/состояний в экспертном исследовании обвиняемых, свидетелей, потерпевших, проходящих по делам, связанным с сексуальными преступлениями, будет недостаточно полным без изучения вышеуказанных аспектов. Они могут оказывать существенное влияние на процессы восприятия и выбора сексуального объекта, принятия решения о взаимодействии с ним, коррекции поведения в соответствии с состоянием другого человека и т. д.

Итак, можно выделить ***две основные предметные сферы психологического исследования в судебной сексологии:***

1. Специфические характеристики личности, имеющие отношение к сексуальной сфере, включающие: полоролевую

идентичность; представления о стереотипах поведения и функциях, характеризующих мужчин или женщин в данном обществе, и отношение к ним; представления о паттернах поведения индивида в соответствии с половозрастными стереотипами или коррелятами этих стереотипов; установки, ценности индивида в отношении стереотипного или коррелирующего с ним поведения того или иного пола; установки, ценности индивида в отношении к представителю другого пола, особенности усвоенности половой роли.

2. Особенности межличностного взаимодействия, социальные коммуникативные навыки, способность к установлению контакта, поддержанию и выходу из него; способность к эмоциональному сопереживанию другому человеку, возможности прогноза поведения другого человека; особенности эмоционального межличностного восприятия; способы разрешения межличностных конфликтов.

Психологическое исследование сексуальной сферы позволяет объективировать и верифицировать данные сексологического исследования, а также раскрыть целый пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере: личностных смыслов, отношений, установок.

Направленное психологическое исследование сексуальной сферы в судебной сексологии может проводиться наряду с традиционным патопсихологическим блоком и быть нацелено на решение следующих задач:

1. Выделение диагностически-значимых симтомокомплексов (уточнение степени сформированности структур полового самосознания, структуры сексуальных предпочтений, представления о паттернах полоролевого поведения и т. д.).

2. Оценка структур, участвующих в регуляции сексуального поведения: исследование юридически значимых психических процессов, ориентирующих поведение подэкспертного в сексуальной сфере (выбор партнера, восприятие и понимание действий сексуального характера, степени произвольности сексуального поведения и т. д.).

Блок психологического исследования, нацеленный на изучение сексуальной сферы, может быть применен наряду с традиционным патопсихологическим. Он расширяет возможности экспертного решения, ориентируя эксперта в психологических структурах, участвующих в регуляции сексуального поведения.

Методы психологического исследования сексуальной сферы

Опыт работы в лаборатории судебной сексологии в период с 1994 г. и по настоящее время позволяет выделить следующие психологические методики, положительно зарекомендовавшие себя при решении различных экспертно-диагностических задач в судебной сексологии (табл.).

Таблица

Психологические методы исследования сексуальной сферы

Методика	Направленность
МиФ *(Маскулинность / Фемининность)* (Бессонова Т.Л., 1994; Дворянчиков Н.В., 1998)	Методика позволяет установить индивидуальную степень выраженности феминности, маскулинности, андрогинности; оценить пропорцию этих качеств в представлениях о полоролевых стереотипах; установить соотношение полоролевых и сексуальных предпочтений с представлениями о традиционных половых ролях; оценить возможность участия полоролевых стереотипов в регуляции полового поведения.
Кодирование (Старович З., 1992; Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В., 2001)	Методика может быть использована для изучения особенностей межличностного восприятия, самовосприятия, а также служить инструментом исследования представлений об образах потенциальных и реальных объектов сексуального влечения. Она позволяет выявить степень усвоенности полоролевых стереотипов, их дифференцированность, эмоциональное отношение к ним. Структурный анализ результатов теста направлен на исследование четкости и дифференцированности представлений об образах «мужчины» и «женщины», «ребенка». При обработке результатов теста в качестве параметров структурного анализа выделяется ассоциативно-семантическая близость стимулов, определяемая через степень совпадения ответов: степень подобия объектов анализа устанавливается через сходство данных на них ассоциаций.
Ф-П-О *(Фигура-Поза-Одежда)* (Саламова Д.К., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В., 2001)	Методика позволяет установить индивидуальные представления о полоролевых нормах субъектов на основе наиболее существенных полодифференцирующих атрибутов, особенности их усвоенности, структуру полоролевой идентичности, индивидуальные полоролевые и сексуальные предпочтения в соответствии с традиционными половыми ролями.
ЦТО *(Цветовой тест отношений)* (Эткинд А.Е., 1985, 1987)	Стимульный материал методики составляет перечень понятий по темам, позволяющим проследить как особенности идентификации субъекта со значимыми другими («мать», «отец», «друг» и т.д.), так и специфику его психосексуальной ориентации, полового самосознания («идеальный сексуальный партнер», «реальный сексуальный партнер», «мужчина», «женщина», «ребенок», «мальчик», «девочка» и т.д.). Методика позволяет оценить четкость половозрастной идентификации, особенности интериоризации полоролевых стереотипов, смысловой аспект сферы психосексуальных ориентаций, специфику эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения.

Методика	Направленность
ВиК *(Власть и Контроль)* (Maddock J.W., 1995)	Методика базируется на предположении о реципрокном взаимодействии власти и контроля в структуре межличностных отношений и позволяет рассматривать их как целостный феномен. В основе опросника лежат специфические определения «власти» (т.е. «силы» как возможности оказывать влияние, доминировать, демонстрируя партнеру свое эмоциональное, физическое, моральное превосходство) и «контроля» (т.е. «управления», как возможности ограничивать или направлять это влияние). При этом поддержание баланса «власти» и «контроля» между партнерами может обеспечиваться здоровыми гармоничными межличностными взаимоотношениями, которые определяются возможностью влиять на другого и ограничивать это влияние, что проявляется в двух основных бинарных структурах семьи: мужеско-женской и детско-родительской.
Модификация теста Руки (Wagner E., 1971; Герасимов А.В., 1997)	Модифицированный вариант теста руки позволяет не только выявлять и исследовать просоциальные или асоциальные тенденции, но и проводить качественный анализ агрессивных установок личности, например, таких, как физическая (инструментальная) агрессия, предметно направленная, враждебная (экспрессивная) агрессия, аутоагрессивные тенденции.
Модифицированная методика опознания лицевой экспрессии Изарда (Изард К.Е., 1980; Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1998)	Методика позволяет оценивать нарушения различных составляющих эмоциональной активности у лиц с отклоняющимся сексуальным поведением. Модификация этой экспериментальной процедуры позволяет устанавливать нарушения эмоционального гнозиса (импрессивный компонент) и эмоционального мышления (субъективный компонент), проявляющиеся в искаженном восприятии и субъективной эмоциональной переработке эмоций по следующим параметрам: знак, модальность, интенсивность эмоций, количество выделенных при классификации эмоциогенных изображений. Методика состоит из четырех субтестов: «Ранжирование», «Классификация», «Четвертый лишний» и «Узнавание».
Методика диагностики уровня эмпатических способностей Бойко (Райгородский Д.Я., 1998)	Методика дает возможность операционализации многофакторной модели эмпатии в виде индивидуального профиля эмпатических способностей (рассматривается многообразие эмпатических проявлений — когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспекты эмпатии). Методика позволяет выявлять нарушения составляющих эмпатию компонентов (определяемых по 6 шкалам) и высказывать предположения о влиянии уровня развития тех или иных эмпатических тенденций на противоправное сексуальное поведение.

Методика	Направленность
TAS-26 *(Торонтская алекситимическая шкала Тейлра)* (Райгородский Я.Д., 1998)	Шкала выявляет трудности в идентификации и вербализации собственных чувств и эмоциональных состояний, т.е. уровень алекситимии, в основе которой могут лежать следующие когнитивно-аффективные особенности: трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств; трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.
Модифицированная методика «Пиктограмма» (Дворянчиков Н.В., Малькова Е.В., 2003)	Модификация методики «Пиктограмма» позволяет оценивать влияние представлений о полоролевых стереотипах на процессы восприятия, переработки и актуализации информации, имеющей отношение к полоролевой сфере. Стимульный материал составляют слова и словосочетания, оцененные экспертами как «мужские», «женские», «нейтральные». В данной методике сохраняется интерпретация, которая существует в обычной «Пиктограмме», но дополнена специфической для данной модификации интерпретацией. В этой интерпретации учитываются такие факторы, как латентное время, запоминание определенных слов и словосочетаний.
Метод ранговой решетки Баннистера (Франселла Ф., Баннистер Д., 1987)	Элементами при психологическом исследовании являются описания некоторых специфических ситуаций, которые затрагивают эмоционально-значимые аспекты, имеющие существенное значение в плане восприятия и понимания ситуаций межпартнерского сексуального взаимодействия. Результаты исследования позволяют выявлять специфические особенности предпочтения потенциального или реального сексуального партнера, наличие определенных установок, тех или иных особенностей, отражающих взаимосвязь личностных и ситуационных факторов в сфере межпартнерского сексуального взаимодействия.
Рисуночные методики	Использование рисуночных методик позволяет выявить отношение испытуемого к своему телесному облику, особенности половой идентификации, особенности восприятия половозрастных стереотипов, устойчивости переживания «образа Я», особенности эмоционального отношения к женщине, фиксированности на теме аффективно-значимых сексуальных переживаний и т.д. Могут быть рекомендованы следующие темы: «Рисунок человека», «Рисунок человека противоположного пола», «Рисунок человека со спины», «Рисунок ребенка», «Рисунок несуществующего животного», «Рисунок женщины», «Рисунок мужчины».

Комплексное применение батареи методик позволяет не только объективизировать и верифицировать данные сексологического исследования, но и раскрыть целый пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере: особенности полового самосознания, особенности восприятия сексуального партнера, установки по отношению к сексуальному партнеру и т. д.

Возможность применения психологических методик при решении экспертно-диагностических задач

Данный диагностический блок может быть использован при решении различных экспертных вопросов, дифференциально-диагностических задач, а также при исследовании регулятивного потенциала различных юридически значимых психологических явлений.

Дифференциально-диагностические задачи. При решении дифференциально-диагностических задач психологическое исследование может играть важную роль в установлении специфики самосознания и восприятия объекта сексуального предпочтения у обвиняемых в сексуальных преступлениях.

Так, для уточнения диагностических сексологических гипотез относительно аномалий сексуального влечения психологическое исследование может дать информацию о характерном сочетании психологических феноменов, сопутствующих расстройствам влечения (парафилиям).

Согласно проведенным исследованиям, у подэкспертных с парафилиями обнаруживается искаженность полоролевой идентичности, а также существенное расхождение полоролевых нормативов и полоролевых предпочтений, что может отражать их особенности интериоризации полоролевых норм, а именно: «только знаемый» характер этих норм, невключенность их в ценностно-регулятивную систему личности и вследствие этого – невозможность их адекватного участия в регуляции поведения. При сравнительном анализе сексуальных правонарушителей, признанных вменяемыми и ограниченно вменяемыми, восприятие мужской роли у последних было более формальным; характерными являлись трудности участия представлений о мужской половой роли в регуляции полоролевого поведения, а также в процессах самооценивания; выявлялось расхождение между реальной и идеальной самооценками, что может отражать трудности участия структур полового самосознания в регуляции сексуального поведения. Таким образом, основным фактором, опосредующим восприятие ситуации и самовосприятие у лиц с девиантным сексуальным поведением, является их *представление о полоролевых стереотипах*.

Для определения *клинического типа аномалии влечения* (синтония/дистония) могут иметь значение особенности интериоризации половой роли. У групп, различающихся самоотношением и клиническим типом сексуального расстройства, выделены следующие варианты: 1) снижение положительного эмоционального отношения к полоролевым

стереотипам (при эгосинтонии), 2) выраженное конфликтное эмоциональное отношение к полоролевым стереотипам (при эгодистонии). В частности, *синтонный тип* отношения к влечению отражает недостаточно полимотивированный характер сексуального поведения и, как следствие, слабую его опосредованность. Так, формальность и эмоциональная нейтральность восприятия представлений о половой роли могут ограничивать мотивацию сексуального поведения, и таким образом сексуальная деятельность из полимотивированной и опосредованной становится мономотивированной, приобретая более упрощенный и свернутый характер. Нарушения усвоенности половой роли могут отражаться на упрощении структуры сценариев полового поведения, обусловливая их стереотипизацию и ригидность.

При уточнении гипотез относительно нарушений влечения по объекту и способу реализации особое значение приобретает оценка *восприятия объекта сексуального предпочтения и структуры* межпартнерского взаимодействия.

Так, для испытуемых с ***педофилией*** характерна недифференцированность восприятия объекта сексуального предпочтения по половозрастным качествам, они склонны приписывать детям черты взрослого человека, а взрослого наделять инфантильными чертами, допускают пересечение категорий «Взрослый – Ребенок». Среди особенностей искаженного восприятия реального или потенциального сексуального партнера следует выделить недостаточную дифференцированность половозрастных аспектов, проявляющихся в пересечении образов «Мужчина» – «Ребенок», «Женщина» – «Ребенок», что характерно для таких расстройств сексуального влечения, как педо– и эфебофилия. Наличие в описании образа «Женщина» качеств и признаков, более характерных для детского возраста (или же приписывание образу «Ребенок» качеств и признаков, более характерных для взрослой женщины), чаще всего наблюдается при гетероориентированной педо– и эфебофилии. Аналогичное восприятие образа «Мужчина», где испытуемый акцентирует качества и признаки, скорее относящиеся к детскому возрасту (или же приписывание образу «Ребенок» качеств и признаков, более характерных для взрослого мужчины), наблюдается при гомоориентированной педо– и эфебофилии. Кроме того, в психологическом исследовании сексуальной сферы диагностически значимым выступает установление ассоциативно-семантических связей «Девочка – Женщина – Сексуальный партнер» или «Мальчик – Мужчина – Сексуальный партнер» для гетеро– и гомосексуальных педофилов

соответственно.

Для испытуемых с ***гомицидоманией*** характерно специфическое восприятие партнера по взаимодействию. Результаты проведенных нами исследований лиц с гомицидным сексуальным поведением позволяют выделить дифференциально-диагностические категории различных вариантов такого поведения. Описаны следующие механизмы реализации гомицидного сексуального поведения.

1. Для испытуемых с расстройством сексуального влечения характерно восприятие партнера как «средства» удовлетворения аномального влечения, что может отражать стремление сделать партнера наиболее «подходящим» для удовлетворения аномального влечения, т. е. пассивным и подчиняющимся. Преобладает «деперсонифицированное» восприятие образа женщины, что свидетельствует о восприятии сексуального партнера не как полноценной личности, а как некоторого объекта для манипуляций, т. е. как средства. Это, вероятно, позволяет преступить морально-этические нормы, связанные со значимостью, ценностью другого человека как личности.

2. Испытуемые без расстройств влечения воспринимают сексуального партнера в большей степени как «преграду» при разрешении межличностных конфликтов, что может свидетельствовать о стремлении преодолеть межличностный конфликт, принижая личностный статус партнера. В этом случае агрессия может носить инструментальный характер, и физическое насилие не является основной целью поведения, а может выполнять другие задачи – демонстрацию силы, преодоление сопротивления, удаление свидетеля. Здесь, вероятно, возрастает роль ситуационных факторов (сила фрустрации, ее неожиданность), где человек воспринимается как помеха для удовлетворения потребности.

Для испытуемых с ***садистическим*** расстройством влечения характерны феминнная половая идентификация, нечеткость представлений о полоролевых стереотипах, обостренное чувство собственной неполноценности, стремление к самоутверждению в мужской сексуальной роли. Все это может существенно влиять на особенности регуляции садистической активности. Важным фактором регуляции садистического сексуального поведения является искажение когнитивного и эмоционального восприятия образа сексуального партнера, который преимущественно обладает низкими маскулинными и выраженными феминнными качествами, т. е. характеризуется снижением общей активности (что выражается в предпочтении покорных, подчиняемых, зависимых партнеров). Такого рода искажения ведут к

недооценке одних и переоценке других исходящих от партнера сигналов и в целом свидетельствуют о существенных сбоях и ошибках межличностного восприятия.

Дифференциально-диагностические задачи относительно степени сформированности *этапов психосексуального развития у потерпевших* от сексуальных деликтов и *свидетелей* сексуальных правонарушений могут быть решены с применением психологических познаний. В данном случае психологическое исследование позволяет не только объективизировать и верифицировать данные сексологического исследования, но и раскрыть целый пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере – личностных смыслов, отношений, установок. Диагностические задачи, стоящие перед психологом, ориентируют его прежде всего на уточнение степени сформированности полового самосознания, особенностей восприятия гендерной информации и исследование представлений о полоролевых нормативах: когнитивной дифференцированности, эмоционального отношения, мотивационного статуса, особенности интериоризированности.

Проведенное исследование потерпевших (девочек) по делам о сексуальных правонарушениях позволило выделить дифференциально-диагностически значимые психологические характеристики различных этапов психосексуального развития.

Так, у испытуемых, у которых сформирован только этап *полового самосознания*, восприятие полоролевых стереотипов характеризуется формальностью, атрибутивностью, их представления о паттернах полоролевого поведения и полоролевые предпочтения детерминированы оценками окружающих без дифференцирования по половым качествам. Образ Я таких испытуемых характеризуется недостаточной дифференцированностью по полоролевым качествам. Полученные результаты свидетельствуют о несформированности базовых структур половой идентичности в этой группе подэкспертных.

Девочки, находящиеся на этапе *полоролевого поведения*, характеризуются более четким восприятием образа женщины, однако их представления о паттернах собственного полоролевого поведения недостаточно дифференцированы. Отмечаются также поверхностность и эмоциональная нейтральность представлений об образах мужчин и женщин. Таким образом, отмечается недостаточная сформированность базовых структур половой идентичности, паттернов полоролевого поведения при большей определенности «женских» полоролевых стереотипов.

У испытуемых со сформированным этапом *психосексуальных ориентаций* образ Я четко дифференцирован по полоролевым

качествам, представление об образе женщины соответствует нормативным. Испытуемые этой группы демонстрируют более четкий паттерн полоролевого поведения, их восприятие «мужской» и «женской» половых ролей не атрибутивно и не формально по сравнению с представителями остальных групп и в меньшей степени определено внешними оценками окружающих, что отражает интериоризациию половой роли. Поэтому можно говорить о сформированности базовых структур половой идентичности у данных испытуемых.

Таким образом, использование направленного психологического исследования сексуальной сферы предполагает более дифференцированный подход при изучении как становления этапа психосексуального развития потерпевших, так и сформированности базовых структур половой и полоролевой идентичности, их влияния на становление полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций.

Оценка психологических структур, участвующих в регуляции сексуального поведения

Психологическое исследование также позволяет проводить анализ структур, потенциально участвующих в регуляции сексуального поведения.

Так, при исследовании *способности к регуляции* у несовершеннолетних обвиняемых в экспертную задачу входит оценка структур, искажение которых может не носить психопатологического характера, однако существенно ограничивать способность к прогнозу и регуляции сексуального поведения.

Как отмечают многие исследователи, способность к эмоциональному сопереживанию, учету состояний, мнений, оценок других людей при достижении собственных целей формируется в онтогенезе. При этом достижение возраста уголовной ответственности не предполагает автоматически сформированной способности к адекватному пониманию состояния другого человека. Таким образом, в экспертное исследование несовершеннолетних обвиняемых по делам о сексуальных преступлениях должны быть включены психологические экспериментальные процедуры, позволяющие оценить потенциальную способность к распознанию и переработке эмоциональных состояний другого человека.

Другим важным аспектом психологического исследования

сексуальной сферы несовершеннолетних может выступать изучение «гендерной схемы», которая отражает сформированность аспектов личности, связанных с половым самосознанием и участвующих в мотивационных процессах, принятии решений и планировании, а также в выборе репертуара поведения в ситуациях, относящихся к межполовому взаимодействию, сексуальному поведению. Если формирование гендерной схемы (т. е. представлений и полоролевых стереотипов) нарушено, то возможность ее участия в процессах восприятия и понимания информации, связанной с полом (в том числе и сексуального характера), в принятии решений и регуляции поведения будет существенно ограничена. Однако можно сделать вывод, что сформированность представлений о полоролевых стереотипах является необходимой, но недостаточной предпосылкой для участия в обеспечении различных психических процессов. Помимо сформированности представлений, существенную роль играют эмоциональное отношение к этому стереотипу, включенность полоролевого стереотипа в систему полоролевых предпочтений, соотнесенность стереотипа противоположного пола с системой сексуальных предпочтений и идентификация со стереотипом, соответствующим собственному полу.

Таким образом, в экспертном исследовании несовершеннолетних обвиняемых по делам о сексуальных преступлениях важную роль приобретает анализ двух сфер: 1) эмоциональной – в аспекте ее роли в психосексуальном развитии, а также регуляции поведения в ситуации правонарушения; 2) психосексуальной – в аспекте сформированности половой идентичности, прежде всего усвоенности полоролевых стереотипов и возможности их влияния на поведение.

При исследовании *регулятивного потенциала* эмоционального восприятия у лиц с агрессивным сексуальным поведением обнаружено, что у агрессивных сексуальных преступников без расстройств влечения имеются нарушения в процессе переработки эмоциональных стимулов. Кроме того, у них выявлены сниженная направленность на партнера по взаимодействию и установка на равноценные межличностные отношения, низкая эффективность коммуникативных усилий, сниженная способность к эмоциональной идентификации, а также расстройство экспрессивного компонента эмоциональной активности. В группе же агрессивных лиц с парафилией нарушены все три компонента эмоциональной активности при отсутствии направленности на партнера по взаимодействию и установки на равноценные межличностные отношения. Для этих

лиц характерна низкая эффективность коммуникативных усилий.

Данное исследование подчеркивает меньшее участие эмоционального восприятия в регуляции поведения у лиц, совершающих агрессивные сексуальные акты, по сравнению с неагрессивными преступниками.

При изучении *способности потерпевших и свидетелей понимать действия сексуального характера и оказывать сопротивление* психологическое исследование сексуальной сферы предполагает изучение становления этапа психосексуального развития потерпевших. Это позволяет определить влияние степени сформированности структур полового самосознания на способность к пониманию характера и значения действий обвиняемого.

Так, в отношении испытуемых, у которых отмечалась несформированность базовых структур половой идентичности (недифференцированность представлений о полоролевых стереотипах, ориентировка на внешние атрибутивные признаки роли мужчин и женщин, зависимость полоролевого предпочтения от мнения как мужчин, так и женщин, недифференцированность полоролевой идентичности образа Я), выносилось экспертное заключение о *способности к восприятию ими лишь внешней стороны* противоправных действий, констатировалось и отсутствие способности понимать характер и значение направленности сексуального деликта. Подобная однородность экспертных оценок определялась и особенностями психосексуального развития потерпевших, которые владели лишь информацией о формальном различии полов и по данному признаку относили себя к одному из них.

Испытуемые, в отношении которых выносилось экспертное заключение о наличии у них способности к правильному восприятию направленности сексуального деликта, отличались сформированностью базовых структур половой идентичности. У испытуемых данной группы (девочек) обнаружились преобладание феминных черт над маскулинными, дифференцированность полоролевой идентичности образа Я, независимость полоролевого предпочтения от мнения окружающих как мужчин, так и женщин и четкий паттерн полоролевых стереотипов.

При исследовании особенностей *полоролевой идентификации в экспертном исследовании спорных половых состояний* психологическое исследование позволяет более точно ответить на вопросы о сформированности различных структурных и содержательных составляющих полового самосознания пациента. В частности, определить четкость восприятия мужских и женских

полоролевых стереотипов, эмоциональное к ним отношение, выявить участие этих стереотипов в процессах самооценивания, выборе партнера, в регуляции полоролевого поведения.

Исследование, проведенное Д.К. Саламовой, А.А. Ткаченко и С.Н. Ениколоповым, позволяет выделить следующие структуры, отражающие процесс полоролевой социализации при транссексуализме: половое самосознание, полоролевой статус, психосексуальные ориентации. Каждая из них соответствует определенному этапу сексуального онтогенеза. Авторы предлагают в процессе многоэтапной экспертной оценки паспортного пола проводить исследование структур, появляющихся в качестве новообразований при прохождении каждого из этапов психосексуального развития.

В частности, этапу полового самосознания соответствует формирование позитивно окрашенного образа Я, идентифицируемого с лицами одного с субъектом биологического пола; определение своих телесных (физических) характеристик как относящихся к нормативным для своего пола.

Этапу полоролевого статуса соответствуют: выраженность в структуре полоролевой идентичности полоролевых черт, нормативных для своего биологического пола; дифференцированность представлений о половых ролях; построение собственного поведения как отвечающего нормативным для данной культуры и собственным представлениям о половых ролях; соответствие поведения структуре мотивов, что подтверждается позитивным отношением к соответствующей роли, свидетельствующим о том, что данное поведение имело положительное эмоциональное подкрепление в реальном опыте субъекта; особенности поведенческих паттернов в референтной группе и их телесная атрибуция, которые бы способствовали более успешной социализации.

Этапу психосексуальных ориентаций соответствует то, насколько поведение в ситуации сексуального взаимодействия и его телесная презентация отражают реальный полоролевой статус; каковы представления о сексуальном партнере как обладающем тем или иным полоролевым статусом, эмоциональное и ценностное отношение к образу партнера; насколько партнер, обладающий определенными качествами, входит в структуру сексуальных предпочтений; какие телесные характеристики партнера являются значимыми в ситуациях сексуального и полоролевого взаимодействия.

Данная модель позволяет выявить, на каком этапе психосексуального развития субъекта произошли изменения, каким образом они отразились на прохождении следующих

этапов.

Подобный анализ дает возможность провести комплексную оценку полоролевой идентификации пациента, он предоставляет клиницисту важную информацию для постановки диагноза возможных нарушений половой идентичности и последующих коррекционных мероприятий.

При оценке *адаптационного потенциала у транссексуалов* психологическое исследование позволяет обозначить аспекты, которые очень важны в постоперационный период: 1) определить мотивацию смены пола; 2) проанализировать, в какой степени новая половая роль дает возможность успешной индивидуальной и межпартнерской адаптации; 3) определить для каждого пациента потенциальные возможности адаптации в новом поле на разных уровнях (полового самосознания, межличностного общения, межпартнерского взаимодействия и т. д.). Проводимый анализ должен помочь ответить на вопросы о том, какие именно проблемы связаны с ощущением несоответствия собственного пола, как смена пола позволит решить эти проблемы, какова степень понимания трудностей адаптации в новом качестве и т. д.

Таким образом, очевидно, что психологическое исследование в судебной сексологии является крайне актуальным для решения экспертно-диагностических задач, связанных с различными юридически значимыми аспектами сексуального поведения. В связи с проводимыми исследованиями можно выделить ряд перспективных направлений в применении психологических познаний в сексологии. Прежде всего это разработка комплексных реабилитационных и коррекционных программ для обвиняемых, находящихся на принудительном лечении. Это вопросы выделения мишеней психокоррекционного воздействия, определения критериев эффективности воздействия, а также экспертной прогностической оценки рецидивного поведения обвиняемых, находящихся на принудительном лечении. Это также и вопросы психологической помощи жертвам сексуального насилия и их психологического сопровождения в ходе следствия, с учетом тех изменений, которые обусловлены сексуальным насилием. Кроме того, это разработка новых методических и методологических подходов к составлению прогностического портрета лиц, обвиняющихся в сексуальных преступлениях, в ходе проведения оперативно-розыскных мероприятий. Это также психологическое обеспечение сопровождения и постоперационной коррекции лиц после смены паспортного пола, оценка перспектив адаптации после операции по смене пола, а также психокоррекционная работа с пациентами, которым отказано в хирургической коррекции.

Рекомендуемая литература

Дворянчиков Н.В., Малькова Е.А. Использование модифицированной методики «Пиктограмма» для установления влияния гендерных схем на когнитивные процессы // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 1. – С. 20–25.

Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением: автореф. дис… канд. психол. наук. – М., 1998.

Изард К. Е. Эмоции человека. – М., 1980.

Кон И.С. Введение в сексологию. – М., 1988.

Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. – М., 1980.

Кудрявцев И.А., Дозорцева Е.Г. Смысловая сфера у лиц с особенностями психосексуальной ориентации // Психологический журнал. – 1993. – № 4.

Райгородский Д.Я. (ред.) Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – Самара, 1998.

Саламова Д.К., Ткаченко А.А., Ениколопов С.Н. Стратегия психологического исследования лиц с дисфорией пола // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 2. – С. 33–40.

Саламова Д.К., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Проективная методика «Фигура – Поза – Одежда» // Журнал практического психолога. – 2000. – № 10–11. – С. 87–103.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: Научно-практическое пособие. – М., 1998.

Старович З. Судебная сексология. – М., 1991.

Столин В.В., Бодалев А.А. Общая психодиагностика. – М., 1987.

Ткаченко А.А. Парафилии и сексуальные извращения. – М., 1999.

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М., 2015.

Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Герасимов А.А. Некоторые механизмы гомицидного садистического поведения // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 5. – С. 25–31.

Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Догадина М.А. Онтогенетические механизмы формирования способности к восприятию гендерных качеств у несовершеннолетних жертв сексуального насилия // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 2. – С. 13–18.

Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции (нейропсихологическое исследование). – М., 1998.

В.Г. Булыгина,
доцент, кандидат психологических наук

Психокоррекционная работа в учреждениях, осуществляющих принудительное лечение лиц, совершивших общественно опасные действия

Психотерапия до сих пор еще не сложилась как единая наука с единым понятийным аппаратом, терминологией, теорией. Существует много психотерапевтических направлений, методов, которые основываются на противоречивых теоретических концепциях. В настоящее время известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 – для детей и подростков; описано около 300 психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная психотерапия.

Поэтому прежде чем говорить о психокоррекции и психотерапии в рамках принудительного лечения (ПЛ), необходимо раскрыть содержание этих понятий.

Одним из общепринятых определений является следующее: *«Психотерапия – это лечение различных заболеваний с помощью психологических методов»*. Можно привести другую редакцию: *«Психотерапия – это использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма».*

В этом определении нуждаются в пояснении два момента: что понимается под нарушениями деятельности организма и какие средства относятся к психологическим. Нарушения деятельности могут касаться как психических процессов личности, так и соматических функций. В зависимости от понимания объема понятия «психологические средства» различают психотерапию в широком и узком смыслах. ***Психотерапия в широком смысле*** слова включает социотерапию, лечение средой, трудотерапию. ***Психотерапия в узком смысле*** является видом активного психологического воздействия психотерапевта на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, стресса или душевной болезни.

По определению В.Д. Менделевича, *главной целью всякого*

психотерапевтического воздействия является помощь пациентам во внесении необходимых преобразований в свою жизнь, изменении своего мышления и поведения для того, чтобы стать более счастливыми и продуктивными.

При работе с пациентами эта цель конкретизируется в *ряде задач* психотерапевта, который:

1) помогает пациенту лучше понять свои проблемы;

2) устраняет эмоциональный дискомфорт;

3) поощряет свободное выражение чувств;

4) предлагает пациенту новые идеи или информирует о способах решения его проблем;

5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической практики.

Психологическая коррекция в клинической психологии и психотерапии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного психического состояния человека, гармонизацию его отношений с социальным окружением. Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и регулирования, имея четкие представления об уровне развития психических функций, индивидуально-личностных особенностях.

Целями применения психологической коррекции являются оптимизация, исправление и приведение в норму каких-либо психических функций человека, отклонений его индивидуально-психологических особенностей. Соответственно *задачей психологической коррекции* является выработка и овладение навыками оптимальной и эффективной для индивида психической деятельности, способствующей личностной адаптации человека в обществе.

Психологическое консультирование подразумевает совместное обсуждение психолога с пациентом имеющихся у последнего проблем и возможных вариантов их преодоления, а также информирование пациента о его индивидуальных психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Консультирование направлено на выработку активной позиции человека по отношению к психологическим проблемам с целью обучения способам восстановления или сохранения эмоционального комфорта в жизненных ситуациях. Психологическое консультирование используется при любых психологических проблемах человека как начальный этап терапии.

Информирование пациента представляет довольно деликатный и сложный процесс, поскольку предполагает не только беспристрастное изложение фактов, но и учет возможных

реакций человека на информацию о его индивидуальных особенностях, проблемах и др. Существует несколько стратегий информирования, принципиально различающихся степенью использования оценочных категорий, фокусировкой и терминологией. Можно фиксировать внимание на: явных отклонениях функционирования организма и психики; всех имеющихся отклонениях; отклонениях, которые субъект способен осмыслить и изменить; нормативных признаках и проявлениях. В процессе информирования отмечается различный подход не только к фокусировке, но и к описанию и оценке выявляемых в процессе интервьюирования и диагностики клинических феноменов. Возможны оценочный или описательный подходы.

В частности, усвоение человеком знаний о механизмах психологической защиты способно сформировать новый взгляд на собственную психику, закономерности и особенности психического реагирования в стрессовых ситуациях; изменить эти представления, если они оказываются неприемлемыми после соответствующего анализа. Таким образом, в процессе консультирования и получения информации о методах психологической защиты человек сам сможет выбрать наиболее подходящие из предлагаемых ему вариантов. При консультировании пациенту не навязывается единственно верный путь решения проблем, а дается многовариантный обзор возможного поведения.

Основополагающими в выборе тех или иных психокоррекционных, психотерапевтических методик считаются принципы добровольности, осознанности, соответствия (адекватности), целесообразности, допустимости, гуманности.

Факторы лечебного действия психотерапии можно разделить по направленности воздействия их на сферы психики человека – когнитивную, эмоциональную и поведенческую. К когнитивным факторам относятся «универсальность», «осознание», «моделирование»; к эмоциональным – «акцептация», «альтруизм» и «перенос», к поведенческим – «проверка реальности». Кратко раскроем содержание этих факторов.

Универсальность означает, что проблемы пациента – универсальны, в той или иной степени они появляются у всех людей, пациент не одинок в своих страданиях. Уже само непосредственное участие в работе психотерапевтической группы воздействует эффективно и вызывает желаемые изменения.

Инсайт (осознание) означает понимание, осознание пациентом прежде неосознаваемых связей между особенностями своей личности и малоадаптивными способами поведения.

Акцептация (принятие, «эмоциональная поддержка»)

подразумевает, что большое значение имеет создание климата психологической безопасности, безусловное принятие пациента. В известной степени механизм «эмоциональной поддержки» соответствует факторам «сплоченность» и «внушение надежды».

Альтруизм помогает преодолеть болезненную направленность на самого себя, повышает чувство принадлежности к остальным, чувство уверенности и адекватной самооценки.

Отреагирование (катарсис) подразумевает сильное проявление аффекта и является важной составной частью психотерапевтического процесса.

Самораскрытие (самоэксплорация) означает то, что пациент принимает на себя ответственность, так как идет на риск, не зная реакции участников группы на свои чувства, мотивы и поведение.

Проверка нового поведения («проверка реальности») происходит во время обучения новым способам действий, сопровождается осознанием старых неадаптивных стереотипов поведения.

Основными направлениями, или подходами, в психотерапии являются психодинамический, феноменологический (экзистенциально-гуманистический), поведенческий (когнитивно-поведенческий).

Психодинамический подход основывается на представлении, что мысли, чувства, поведение человека детерминированы сферой бессознательного. В норме адаптивное поведение предполагает малое количество конфликтов или эффективное их решение. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к аномалиям личности или к психическим расстройствам.

Психоанализ (равно как и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи: 1) добиться у пациента осознания интрапсихического (или психодинамического) конфликта, 2) «проработать» конфликт, т. е. проанализировать, как он влияет на актуальное поведение и на межличностные отношения.

Существует много разновидностей психодинамических теорий личности и лечения эмоциональных нарушений. Они в меньшей степени, чем фрейдизм, фокусированы на бессознательном и прошлом и уделяют больше внимания актуальным проблемам (Адлер, Фрейд, Хартман, Клейн).

Феноменологический подход исходит из позиции, что каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир и что у него есть врожденная потребность в реализации своего потенциала, т. е.

в личностном росте. Сторонники этого подхода убеждены, что субъективное восприятие реальности в каждый данный момент детерминирует поведение человека, и сосредоточивают свое внимание на сознании, самосознании, креативности, способности строить планы, принимать решения и нести ответственность за них.

Наиболее известными видами феноменологической терапии являются «клиент-центрированная терапия» Роджерса и «гештальт-терапия» Перлза.

Поведенческий подход в последние десятилетия претерпел существенные изменения и характеризуется использованием когнитивных концепций и процедур.

Бихевиористическая модель научения существенно отличается от психодинамической теории. Многие случаи патологического поведения, рассматриваемые в рамках других концепций как симптомы болезни, с точки зрения поведенческой терапии представляют собой непатологические «проблемы жизни». Расстройства поведения являются в основном приобретенными и поддерживаются теми же способами, что и нормальное поведение, поэтому их можно корригировать, применяя поведенческие процедуры. Диагностика в большей степени сосредоточивается на детерминантах актуального поведения, чем на анализе прошлой жизни – фактически успех в изменении проблемного поведения не подразумевает знания его этиологии.

Одной из разновидностей поведенческой терапии является тренинг социальных умений Бэрона и Ричардсон. Тренинг включает демонстрацию лицам, не имеющим базовых социальных умений, примеров адекватного поведения, а также ролевые игры, в ходе которых предлагается представить себя в ситуациях, требующих реализации базовых умений.

Когнитивная психотерапия основана на теории Келли. Успехи клинической практики при самых различных теоретических подходах, согласно Келли, объясняются тем, что в процессе терапии происходит изменение личностных конструктов, т. е. того, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят на свое будущее. На настоящем этапе развития психотерапии все когнитивные подходы в той или иной степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к терапии Бека и к рационально-эмотивной терапии Эллиса, целью которых является помощь пациенту в замене малоадаптивных стереотипов мышления на более реалистические с помощью моделирования, поощрения и логики.

Следует отметить ряд общих черт, присущих когнитивному и

поведенческому подходам:

1) ориентация на настоящее, а не на причины расстройств или прошлое пациентов;

2) понимание терапии как процесса научения, а терапевта – как учителя (поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления);

3) обязательность выполнения домашних заданий для практического усвоения способов поведения и мышления за пределами терапевтической среды;

4) предпочтение практических подходов, не обремененных сложными теориями личности.

А.Б. Холмогорова проанализировала теоретические основы отечественной психологии, в которой были разработаны и описаны механизмы развития мышления и личности, на которые опирается в своей работе когнитивный психотерапевт. Основными *принципами отечественной психологии, сближающими ее с когнитивной психотерапией,* являются: принцип активности субъекта, принцип рефлексивно-смысловой саморегуляции мышления и поведения путем осознания и перестройки их оснований, принцип диалога и совместной деятельности как условия развития, принцип единства аффекта и интеллекта при возрастании роли интеллекта в процессе развития человека.

Рассмотрим специфику ***психотерапии и психокоррекции, которая проводится в процессе принудительного лечения лиц с психическими расстройствами.***

На настоящий момент существует четырехзвенная структура принудительного лечения: амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, принудительное лечение в стационарах общего типа, специализированного типа, специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Основными задачами принудительных мер медицинского характера, применяемых в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ООД), являются лечение и реабилитация с целью излечения их или улучшения их психического состояния, а также предупреждения совершения ими новых ООД при строгом соблюдении их прав и законных интересов. Психиатрам, психологам и другим специалистам в процессе принудительного лечения больных приходится решать не только терапевтические задачи, но и задачи вторичной профилактики ООД, которым придается особенно большое значение. Это обусловлено тем, что удельный вес повторных ООД достигает 40–60 % от всех деликтов, совершенных психически больными. Кроме того, психически больные, признанные невменяемыми и находящиеся

на принудительном лечении, не менее чем в 70 % случаев совершают ООД вне психотического состояния по так называемым негативно-личностным механизмам.

Обсуждаемые в начале лекции цели, виды и содержание оказываемых психотерапией воздействий являлись общими для различных категорий взрослых пациентов, проблемы которых не достигали не только психотического уровня, но и не относились к регистру так называемой большой психиатрии. В последнее десятилетие появляется все больше работ, посвященных проблемам психотерапии больных с выраженной психической патологией и описывающих конкретные методы и результаты воздействий.

Однако количество подобных работ явно недостаточно, а исследования, выполненные в рамках такой сферы психиатрической практики, как принудительное лечение, – единичны. Отсутствуют исследования специфики психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, даже на уровне обсуждения принципов организации и подходов, в отношении несовершеннолетних обвиняемых с выраженными психическими расстройствами, которым назначено принудительное лечение.

Организационные и методологические аспекты работы психолога на принудительном лечении. Кратко осветим некоторые из этапов работы (табл. 1). Диагностика особенностей саморегуляции, оценка динамики и эффективности реабилитационных мероприятий, оценка эмоциональных и поведенческих проблем будут описаны более подробно и изложены ниже, при обсуждении проблем принудительного лечения несовершеннолетних.

Таблица 1

Задачи, решаемые психологами на ПЛ, и их методическое обеспечение

Этапы	Задачи	Методики
Адаптационно-диагностический	Функциональная и топическая диагностика	Анализ медицинской документации, экспериментальное патопсихологическое и нейропсихологическое исследование
	Оценка эмоциональных и поведенческих проблем	Клинически ориентированные проверочные листы (Ахенбах), полуструктурированные интервью (Кауфман)
	Диагностика особенностей саморегуляции	Опросники ЛФР, Эдвардса, Локус контроля, Уровень притязаний, опросник «Стиль саморегуляции поведения»
Интенсивные лечебно-реабилитационные мероприятия	Оценка внутригрупповых отношений в отделении, рекомендации по размещению в отделении больных и составлению психотерапевтических групп	Социометрия, тест руки Вагнера
	Разработка психокоррекционных программ	
	Рекомендации по тактике обучения для педагогов	
	Анализ состояния высших психических функций для оценки терапевтической динамики	Таблицы Шульте, «10 слов», счет по Крепелину
Стабилизация достигнутого эффекта	Оценка динамики и эффективности психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий	Методики исследования самоотношения, самооценки, ТАТ, Люшер, ЦТО
Подготовка к выписке	Оценка агрессивных тенденций, установочного поведения	ТАТ, тест руки Вагнера, Уровень притязаний

Клинико-нозологическая диагностика с выделением патопсихологических симптомокомплексов, традиционно рекомендуемая многими авторами, не является столь необходимой во время принудительного лечения. Она зачастую дублирует результаты неоднократных экспериментально-психологических исследований, имеющихся в медицинской документации. Кроме того, на результаты выполнения даже конкретных функциональных проб, не говоря о проективных методиках, существенное влияние оказывают два фактора – контекст ситуации исследования и мотивация больного.

Более важными представляются функциональная диагностика, определяющая динамику состояния в контексте ситуации, топическая диагностика в рамках

нейропсихологического исследования и диагностика в целях дальнейшего психологического воздействия и оценки его эффективности.

Практически не используемая клиническими психологами топическая диагностика должна стать неотъемлемой частью диагностических процедур на протяжении всего принудительного лечения по следующим причинам: 1) подавляющее большинство больных имеют в анамнезе органически неполноценную почву, 2) данный вид диагностики позволяет дифференцированно отслеживать динамику состояния и корректировать психофармакотерапию с учетом возникающих побочных эффектов лечения, 3) выделение ведущих нейропсихологических факторов в нарушении структуры высших психических функций позволяет рекомендовать педагогам наиболее эффективные приемы и тактику обучения подростков.

Несмотря на внешнюю простоту проб, применяемых в рамках нейропсихологической диагностики, интерпретация результатов, синдромологическая квалификация, а также определение факторов, лежащих в основе нарушений различных функций – праксиса, зрительного и вербального гнозиса, памяти и т. д., предполагают высокий уровень квалификации психолога, содержательную и временну́ю регламентацию процедуры обследования и комплексность анализа полученных результатов.

Помимо диагностических задач, уже на начальных этапах принудительного лечения приоритетным является психологическое консультирование, в процессе которого, как говорилось выше, происходит обсуждение возникших у человека проблем, возможных вариантов их преодоления и профилактики, а также информирование больного о его индивидуальных психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции.

Таким образом, консультирование охватывает, во-первых, диагностический процесс и способствует определению наличия или отсутствия психопатологической симптоматики; во-вторых, психообразовательный компонент реабилитационных воздействий (информирование об индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных ситуациях).

На этапе интенсивных лечебно-реабилитационных программ представляется важной оценка внутригрупповых отношений в отделении с помощью социометрии и последующими рекомендациями по размещению в отделении больных. Совокупность межличностных отношений в группе составляет, по Морено, ту первичную социально-психологическую структуру,

особенности которой во многом определяют не только целостные характеристики группы, но и душевное состояние человека. Социометрические методы дают возможность выразить внутригрупповые отношения в виде числовых величин и графиков и таким образом получить наглядную и достаточно формализованную ценную информацию о состоянии группы, выявить так называемых неформальных лидеров. Полученная информация позволяет давать рекомендации по размещению больных как в отделениях, так и по палатам.

Параллельно вышеуказанным задачам ведется работа по составлению психотерапевтических групп. Следует отметить, что и на этапе составления психотерапевтических групп, и в процессе их работы с помощью социометрии можно судить о социально-психологической совместимости членов конкретных групп.

Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия в процессе амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПЛ) является относительно новой формой принудительных мер медицинского характера. В рамках данной лекции не будут обсуждаться критерии назначения и снятия АПЛ, они изложены в методических рекомендациях Отделения профилактики ООД психически больных, изданных в 2003 году. Неоспоримым и закономерным является возрастание удельного веса и роли психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий в отношении лиц с тяжкими психическими расстройствами, направленных на АПЛ.

Психокоррекция и психотерапия больных с продуктивно-психотическими расстройствами. К этой группе больных относятся лица, совершившие ООД в остром психотическом состоянии и характеризующиеся на момент АПЛ достаточно стабильным психическим статусом непатологического регистра, а также относительной сохранностью адаптационных возможностей как в сфере профессиональной деятельности, так и в сфере межличностных отношений.

Поэтому на *первом этапе АПЛ* важной является функциональная диагностика, определяющая динамику состояния в контексте ситуации.

Параллельно с решением диагностических вопросов проводится психологическое консультирование.

Таким образом, уже на первом этапе АПЛ больные данной

группы активно вовлекаются в реабилитационные мероприятия, нацеленные на устранение невротической и депрессивной симптоматики.

На втором этапе АПЛ используются методы психологической коррекции и когнитивная психотерапия с учетом интеллектуального потенциала больных. Последняя рекомендуется в фундаментальных руководствах как основной подход в работе с эмоциональными расстройствами. Обоснованность данных рекомендаций обусловлена мишенеориентированностью и технологичностью, краткосрочностью и экономичностью, высокой эффективностью.

Тем больным, у которых анамнез был отягощен злоупотреблением алкоголем и состояние на момент совершения ООД было обусловлено патологическим опьянением, на втором и третьем этапах АПЛ рекомендовано участие в специализированных психотерапевтических группах лечения алкогольной зависимости, организованных в рамках стационарного лечения.

К группе больных с продуктивно-психотическими расстройствами также относятся больные с периодической и шубообразной формами шизофрении и маниакально-депрессивным психозом. Состояние таких больных на момент АПЛ характеризовалось стойкой, глубокой, качественной ремиссией без выраженного дефекта (соответственно выделялись три варианта ремиссий: неврозоподобный, астенический и психопатоподобный). На всех этапах АПЛ реабилитационные мероприятия в данной группе больных должны быть направлены на психогенные вредности и сопутствующие соматические наслоения.

На первом этапе необходимы функциональная, структурная диагностика и диагностика для определения мишеней реабилитационных мероприятий.

На втором этапе (по Воловику) психотерапия у данного контингента больных должна быть направлена на осознание факта болезни, эмоциональную стимуляцию, социальную активацию, налаживание коммуникаций; выработку адекватных стереотипов поведения и повышение социальной уверенности; достижение правильного представления о болезни, коррекцию установок и отношений; раскрытие содержательной стороны психологического конфликта, нахождение адекватных форм психологической компенсации.

В связи с активной установкой больных на лечение и сотрудничество с психологом возможно применение тех видов психотерапии, акцент в которых сделан на работу «здесь-и-

теперь» и предполагает более активное участие самого пациента в терапевтическом процессе.

Вместе с тем адекватной формой сотрудничества между психотерапевтом и данным контингентом больных является когнитивная терапия, отличающаяся директивной позицией психотерапевта, четкой спланированностью и структурированностью, временной лимитированностью занятий и обязательностью домашних заданий.

Напомним, что *целями когнитивной терапии* являются: исправление ошибочной переработки информации и помощь пациентам в модификации убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции. Для опровержения этих дисфункциональных убеждений и содействия более реалистичному адаптивному мышлению используются когнитивные и поведенческие методы. Когнитивная терапия вначале нацелена на снятие симптома, включая проблемное поведение и логические искажения, но ее конечной целью является устранение систематических предубеждений в мышлении.

Традиционно курс когнитивной терапии занимает 15–25 сеансов, по одному занятию в неделю. *Тактика терапии* состоит из начальных занятий, домашних заданий, далее больший акцент делается на когнитивных моментах, чем на поведенческих техниках. В заключение курса терапии происходит когнитивная репетиция. Спустя два месяца после окончания лечения проводится две или три консультации.

Психокоррекция и психотерапия больных с негативно-личностными расстройствами. Общей характеристикой данной группы, состоящей из больных шизофренией (70 %) и больных с органическим психическим расстройством (30 %), являются относительная стабильность состояния, а также отсутствие непосредственной связи содержания деликта с патологическим процессом. Поведение больных на момент АПЛ в целом упорядоченно, однако отличается выраженными изменениями в эмоционально-волевой сфере. Снижение потребностно-мотивационных характеристик больных приводит к избирательности познавательных процессов, к нарушению социальной опосредованности поведения, проявляется в нарушении социальной регуляции поведения, дефицитарности и дефиците коммуникативных возможностей. Вышеуказанные нарушения перечислены в порядке от основного дефекта, затем первичных, вторичных и третичных патопсихологических симптомов-синдромов.

Соответственно на первом этапе АПЛ необходима

структурная и поведенческая диагностика для проведения *поведенческой терапии. Ее целью* является приобретение пациентом так называемого коррективного опыта научения, который предполагает приобретение новых умений совладания, повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов и эмоциональных деструктивных конфликтов. Этот коррективный опыт научения вызывает большие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах. Одной из отличительных черт поведенческого подхода является высокая активность пациента в реальной жизни, между терапевтическими сеансами.

Поведенческая диагностика представляет собой весьма специфическую форму психодиагностики, так как во многих моментах расходится с традиционной, которая, как известно, основана на теории черт и полагает существование относительно стабильных и неизменных качеств личности. В рамках традиционной диагностики внешнее наблюдаемое поведение рассматривается как проявление некоторых центральных стабильных характеристик личности и, следовательно, его можно понять и даже предсказать, «измерив» эти черты.

Проводимая в практической работе *поведенческая диагностика* основывается на следующих предположениях.

1. Поведение человека является не только следствием его строго индивидуальной истории научения и проявлением репертуара поведенческих стереотипов, но и результатом опосредования условиями социальной ситуации, в которую включен индивид. В ходе поведенческой диагностики используется беседа, основой диагноза становятся самоотчеты клиентов (точность которых, конечно же, проверяется дополнительно).

2. В отличие от традиционной психодиагностики, где реакции испытуемого на тестовые задачи сопоставляются с усредненными реакциями больших выборок испытуемых, в поведенческой диагностике сами реакции человека на стимульные ситуации рассматриваются в качестве выборки, на основании которой ставится диагноз. Нормативная функция усредненного поведения других людей при этом репрезентирует собой социальную норму.

Таким образом, сбор и анализ данных в процессе поведенческой психодиагностики имеют целью выявить функциональные связи между важнейшими переменными окружающей среды, ожиданиями пациента, его оценками и планами и особенностями внешне наблюдаемого (вербального и невербального) поведения.

Следует отметить, что поведенческая диагностика в первую очередь служит целям организации и контроля терапевтических вмешательств, хотя и сама она отчасти является терапевтическим вмешательством. Так как в процессе диагностики активно участвует пациент, а терапевт не делает из этого процесса никакого секрета, охотно разъясняя его смысл и принципы, клиент не может остаться не вовлеченным в процесс диагностики.

Результатом поведенческой диагностики является поведенческий диагноз, который активно обсуждается с пациентом и служит основой для выбора методов поведенческой психотерапии. В результате поведенческой диагностики должно быть определено целевое поведение, или образцы поведения, требующие изменений их интенсивности, длительности, условий проявления. Также должен быть проведен анализ условий поведения, т. е. тех условий, при которых это поведение приобретается или тормозится. В заключение должна быть выработана программа терапии и выбраны методы воздействия.

Остановимся подробнее на этапах функционального анализа поведения.

Определение целевого поведения. На первом этапе терапевт совместно с пациентом последовательно принимает ряд решений относительно того, к чему они будут стремиться в процессе терапии. Безусловно, эти решения в существенной мере зависят от тяжести симптома, от условий жизни клиента, последствий, к которым может привести изменение поведения, терапевтических возможностей и ограничений. Оговариваются четкие и однозначные критерии изменений, которые формулируются в форме описания конкретных поведенческих навыков. Конкретность создает основу быстрого и эффективного прохождения второго этапа анализа целей.

Таким образом, если на первом этапе терапевт с больным ищут ответ на вопрос «Что именно должно быть достигнуто?», то на втором этапе отвечают на вопрос «Чего именно в данный момент времени для этого не хватает?» или «Что мешает этого достичь?».

Этап постановки и согласования целей называют этапом «*операционализации цели*».

На этапе *анализа условий поведения* уточняются терапевтические цели и прогнозируются последствия, которые эти цели могут иметь для непосредственного окружения пациента и для него самого в случае, если будут достигнуты. Все предположения, которые возникают на этот счет, обсуждаются с пациентом и с его близкими и служат основой для планирования и контроля процесса поведенческой психотерапии.

В отношении *планирования и контроля терапевтических вмешательств* надо сказать, что практически невозможно определить, когда в процессе психотерапии заканчивается диагностическая фаза и начинается фаза вмешательства. В определенном смысле сама диагностика уже является вмешательством, а терапевтические мероприятия дают новую диагностическую информацию. Условно можно считать, что диагностическая фаза заканчивается этапом планирования терапии, когда увеличивается использование отдельных методов поведенческой психотерапии по согласованному с клиентом плану. Курс поведенческой терапии обычно составляет 25–50 занятий, по одному занятию в неделю.

На втором и заключительном этапах АПЛ, помимо проводимой поведенческой терапии, адекватным представляется использование *группового социально-психологического* тренинга общения для психологической коррекции коммуникативных девиаций больных данной группы с применением следующих принципов: 1) «здесь-и-теперь» 2) персонификации высказываний; 3) акцентирования языка чувств; 4) активности; 5) доверительного общения; 6) конфиденциальности (Петровская Л.А.).

Также эффективным методом психологической коррекции поведения лиц с коммуникативными девиациями является так называемый *антиципационный тренинг* (Менделевич В.Д.), направленный на развитие способностей к вероятностному прогнозированию и, следовательно, к адаптационному стилю поведения.

Оптимальным условием реадаптации больных на втором и заключительном этапах АПЛ является работа с родственниками в форме психологического консультирования и семейной психотерапии.

Психокоррекционные мероприятия в отношении несовершеннолетних с выраженными психическими расстройствами. Дифференцированные программы мероприятий для лиц с различными нозологическими формами разрабатываются с учетом психопатологического механизма совершенных деликтов, однако они ориентированы на ПЛ взрослых психически больных. Важной научно-практической задачей является разработка принципов клинико-психологической реабилитации *несовершеннолетних* правонарушителей с психическими расстройствами.

Для выбора адекватных психотерапевтических мероприятий в отношении лиц подросткового возраста с психическими расстройствами следует учитывать качественную характеристику

заболевания, синдромологическую квалификацию и глубину психического расстройства. Большое значение имеют диагностика этапа онтогенетического развития и уровня патологического реагирования. Кроме того, нельзя обойтись без определения типа личности или личностных особенностей и аномалий, уровня и качества социализации подростка, оценки степени и качества педагогической запущенности, условий жизни.

По мнению В.А. Гурьевой и В.В. Гиндикина, при наличии психической патологии *нозологическая диагностика,* обязательная в любом случае, важна также для решения вопроса о целесообразности применения психотерапии. Иными словами, надо знать качественную характеристику заболевания и уровень психического расстройства (психотический, сверхценный, невротический). Вместе с тем для выбора психотерапевтического метода необходима *синдромологическая квалификация*. При этом надо учитывать, что уровень психического развития ребенка определяется не только фактическим возрастом, но и *соответствием психического развития* своему возрастному периоду. Важное значение имеют этап *онтогенетического развития* (моторный, сенсомоторный, аффективный, идеаторный) и уровень патологического реагирования (соматовегетативный, психомоторный, аффективный, эмоционально-идеаторный). Нельзя обойтись без *определения типа личности или личностной аномальности*, уровня и качества социализации личности, оценки степени и качества педагогической запущенности, условий жизни. Имеют значение *психологические установки* ребенка, особенно те, которые препятствуют формированию внутренних конфликтов: это помогает уточнению механизмов развития психогений и целенаправленному их устранению. Для выбора правильного подхода к пациенту и налаживания контакта требуются знание структурной и динамической характеристики возрастной психологии, представление о том, имеем мы дело с подростком, переживающим возрастной криз, или он находится в так называемой спокойной фазе.

Указанные выше положения были сформулированы психиатрами применительно к подростковому возрасту в целом, без выделения специфических особенностей реабилитационных мероприятий в зависимости от конкретных психических отклонений и тем более без учета степени выраженности девиаций поведения.

Структурно-динамический подход к построению психокоррекционных программ. При психокоррекционной работе с подростками, совершившими ООД, представляется важным структурно-динамический анализ регуляции поведения. Только

при учете индивидуального и типического в особенностях регуляции поведения и понимании роли возрастных, социальных и психопатологических факторов возможен дифференцированный подход к профилактической и реабилитационной работе с несовершеннолетними психически больными.

Таким образом, проблема психокоррекции подростков с психическими расстройствами предстает и в несколько ином ракурсе: необходимы клинико-психологические исследования выраженной психической патологии, обусловливающей тяжкие расстройства поведения на криминальном уровне, для разработки психокоррекционных мероприятий, конечной целью которых будет снижение риска повторных ООД у несовершеннолетних.

Исследования подростков с выраженной психической патологией, совершивших общественно опасные действия, выявили следующие *социальные факторы* девиаций поведения в подростковом периоде. К ним относятся: преобладание эмоционального отвержения, агрессивности или иных малоадаптивных и непоследовательных форм воспитания со стороны родителей. Это препятствует своевременной и полноценной социализации подростка и влияет на степень его развития их способности и потребности в перспективном, реалистичном целеполагании и операциональном обеспечении реализации выдвигаемых целей.

К *патопсихологическим диспозициям нарушений регуляции поведения у подростков с выраженной психической патологией* относятся: снижение операционально-динамических характеристик памяти, внимания, синдром гиперактивности и дефицита внимания с преобладанием его импульсивного варианта, нарушение критических возможностей, гипертрофированность защитной функции самоотношения и самооценки, преобладание низкой мотивации достижения и неадекватных тактик промежуточного целеполагания. Эти факторы оказывают существенное влияние на оценку, коррекцию и прогноз деятельности.

У *больных шизофренией,* совершивших ООД, отмечается прямая зависимость выраженности внешних поведенческих проблем, агрессивных форм реагирования от дефектности *этапа планирования*. Психологические процессы промежуточного целеполагания не связаны с *этапом программирования*. Адекватность *оценки результатов* ограничена спецификой когнитивной и социальной перцепции (проблемами внимания, закрытостью). Элементы самооценки и самоотношения, связанные с позитивным отношением и социальным одобрением, отражают проблемы социальных контактов и не участвуют в процессах

саморегуляции, что клинически (феноменологически) проявляется как некритичность в осмыслении актуальных и возможных ситуаций и обстоятельств.

У *больных с органическим психическим расстройством* выявляются недифференцированность и свернутость осознанных психических процессов регуляции поведения, обусловленная их «сцепленностью». Соответственно у них отсутствует преемственность между этапом инициации деятельности (*планирование*) и ее операциональным наполнением (*программирование*), что клинически (феноменологически) проявляется как импульсивность. На продуктивность *этапов оценки* и своевременной *коррекции* своих действий оказывает влияние низкая мотивация достижения. Отмечаются значительное снижение *гибкости* и расхождение между осознанием своих психических и личностных возможностей и объективной картиной регуляции поведения. Дефицитарность социального распознавания и поведенческих ресурсов, их вариативности обусловливает ситуативную логику поведения и появление агрессивных форм реагирования.

Таким образом, у больных шизофренией выявляются изолированность процессов саморегуляции, отсутствие преемственности и поэтапности ее отдельных звеньев. У больных ОПР, напротив, обнаруживаются излишняя «сцепленность», недифференцированность и неразвернутость последовательного осуществления этапов регуляции поведения.

Криминогенными факторами поведения у подростков с выраженными психическими расстройствами являются такие нарушения регуляторных возможностей, отсутствие поэтапной связи между звеньями саморегуляции и их цикличности; недостаточное влияние уровня притязаний и нормообразующих элементов самосознания на этапы регуляции поведения. Прогностически важным признаком перехода девиаций поведения на делинквентный уровень у подростков с выраженной психической патологией является сочетание синдрома оппозиционного поведения в дошкольном периоде с агрессивными формами поведения. Специфика факторов риска криминального поведения у больных шизофренией определяется сочетанием ранней алкоголизации и агрессивности, у больных органическим психическим расстройством – сочетание импульсивного варианта синдрома дефицита внимания и гиперактивности с тревожностью.

Таким образом, при разных формах психической патологии происходят определенные нарушения процесса саморегуляции. За различными проявлениями общественно опасных действий у

несовершеннолетних больных шизофренией и с органическим психическим расстройством лежат отличные структурные нарушения саморегуляции. Расстройства их способности к осознанно-волевому контролю в первую очередь определяются дефицитарностью различных звеньев саморегуляции, а их общественная опасность – нарушениями системных взаимоотношений этих звеньев.

На основании выделенных общих и специфических характеристик нарушений саморегуляции у подростков, совершивших ООД, можно выделить мишени психокоррекционной работы с учетом этапности принудительного лечения (табл. 2).

Таблица 2

Психокоррекционные мероприятия в процессе ПЛ несовершеннолетних

Этапы	Проблемы	Вид	Эффект (ожидаемый)
Адаптационно-диагностический	Эмоциональные проблемы, связанные с осмыслением и переживанием ситуации ООД, ПЛ и детско-родительских отношений	Телесно-ориентированная и экзистенциональная психотерапия	Нормализация эмоционального состояния, уменьшение субъективной значимости и влияния проблемной ситуации на регуляцию поведения
Интенсивные лечебно-реабилитационные мероприятия	Дефектность и дефицитарность базовых психических функций	Нейропсихологические техники, тренинг умений	Улучшение способности к адекватному восприятию, сохранению и переработке информации
	Недостаточная сформированность психических функций саморегуляции	Когнитивная, поведенческая психотерапия	Формирование приемов (навыков) программирования, моделирования, планирования
	Эмоциональные и поведенческие проблемы (в том числе психопатологического регистра)	Клиент-ориентированная психотерапия, арт-терапия, символ-драма	Контроль эмоционального состояния, оценка проблем и представление о способах их решения
Стабилизация достигнутого эффекта	«Изолированность» (шизофрения), «сцепленность» (органическое психическое расстройство) процессов саморегуляции	Когнитивная, поведенческая терапия, тренинг умений	Улучшение способности к разведению и соподчинению этапов саморегуляции
Заключительный	Явления госпитализма	Поведенческая, семейная психотерапия	Расширение репертуара алгоритмов решения возникающих проблем

На *адаптационно-диагностическом* этапе важной представляется работа с эмоциональными проблемами, связанными с осмыслением и переживанием ситуации ООД, назначением принудительного лечения, а также обусловленными имевшими место в прошлом малоадаптивными формами детско-родительских отношений. Снижение аффективной заряженности этих проблем при помощи методов телесно-ориентированной и экзистенционально-ориентированной терапии позволяет нормализовать эмоциональное состояние больного, уменьшить субъективную значимость и влияние проблемной ситуации на регуляцию поведения.

На этапе *интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий* психокоррекционная работа должна проводиться по трем направлениям. Первое – работа по компенсации дефицитарности *внимания, памяти, мышления* с помощью нейропсихологических техник. Второе – работа по развитию недостаточно сформированных психических функций регуляции поведения (*планирование, программирование, моделирование*) при помощи методик когнитивной и поведенческой терапии (*интеллектуальная проработка, проигрывание, закрепление, повторение*). Третье – психологическое консультирование и психокоррекция эмоциональных, поведенческих проблем.

На этапе *стабилизации достигнутого эффекта* необходима работа по «связыванию» (у больных шизофренией), выстраиванию и разведению (у больных с органическим психическим расстройством), соподчинению и иерархизации психических процессов осознанной регуляции поведения с использованием как индивидуальных методов психокоррекции, так и групповых форм работы.

На *заключительном этапе (подготовка к выписке)* реабилитационные мероприятия должны быть направлены на профилактику явлений госпитализма и дальнейшее расширение репертуара алгоритмов решения возникающих проблем. Адекватным представляется контролируемое дозирование (вплоть до полного прекращения) психокоррекционной и психотерапевтической работы, при возможности – проведение семейной психотерапии (когнитивной, поведенческой).

Подчеркнем, что указанные криминогенные патопсихологические факторы были выделены на основе анализа таких стабильных индивидуально-психологических особенностей, обусловленных психическим расстройством, которые не только вносят непосредственный вклад в мотивацию противоправного поведения, но и влияют на способы реализации намерений и

побуждений больного, обусловливая их неспособность к осознанно-волевому поведению.

При *оценке степени общественной опасности* подростков с выраженными психическими расстройствами и выработке дифференцированных рекомендаций по назначению принудительных мер медицинского характера важным является анализ сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств. Необходимо учитывать их коморбидность, преемственность симптоматики, возраст манифестации, которые имеют прогностическое значение для оценки динамики, массивности расстройств, вектора их социальной направленности. Для этого необходим ретроспективный анализ уголовного дела и приобщенных к нему материалов (медицинской документации, характеристик). Существенным подспорьем психологу могут быть клинически ориентированные методики Кауфман и Ахенбаха, позволяющие проводить качественный ретроспективный и количественный анализ поведенческих и эмоциональных расстройств.

Для оценки *эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий* в рамках принудительного лечения представляется целесообразным использовать: 1) на адаптационно-диагностическом этапе принудительного лечения – наряду со стандартным патопсихологическим исследованием опросники ADOR и «Стиль саморегуляции поведения», позволяющие выявить «мишени» для будущих психокоррекционных мероприятий; 2) на этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий – пробы на исследование динамических особенностей базовых психических функций, изменение функционального состояния которых достоверно совпадает с субклиническими изменениями психического состояния больных; 3) на этапе стабилизации достигнутого эффекта – методику исследования самоотношения, доказавшую свою чувствительность к диагностированию психического и психологического неблагополучия у подростков; 4) на заключительном этапе – методики «Самооценка» и «Уровень притязаний», обладающие «иммунитетом» к диссимулятивным и другим установкам больных.

В *заключение* хочется обсудить некоторые методологические, теоретические и организационные «за» и «против» применения психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий во время ПЛ.

Д. Шапиро и Р. Эллиот описывают «парадокс эквивалентности» – приблизительно равнозначной эффективности методов лечения, при которых складываются существенно различающиеся отношения между пациентом и

психотерапевтом. По-прежнему важными являются такие задачи, как поиск эмпирического обоснования психологических методов лечения (выяснение, что и для кого является полезным и при каких обстоятельствах) и описание и постижение механизмов изменений (каким образом психотерапия в целом и ее разновидности, в частности, достигают позитивного эффекта).

Понимание механизмов психотерапии требует также и объяснения, как соотносятся терапевтические транзакции между пациентом и терапевтом с реальными изменениями в жизни пациента вне приемной психотерапевта.

Следующий вопрос, заслуживающий рассмотрения: какая же из психотерапевтических техник оказывается наиболее эффективной? В настоящее время в психотерапии наблюдается тенденция к эклектизму или интеграции различных технических и теоретических подходов в единый общий подход к лечению, для которого не характерно четкое следование какому-либо строгому правилу, выработанному той или иной школой. В целом многочисленные исследования показывают, что различные техники терапии оказываются приблизительно равными по эффективности.

Для объяснения незначительности различий в эффективности психотерапевтических школ, столь разных по своим теоретическим и методическим основаниям, предлагаются три альтернативные гипотезы: 1) различные виды психотерапии достигают сходных целей посредством разных процессов; 2) в действительности наблюдаются различные исходы терапии, которые, однако, не улавливаются применяемыми исследовательскими стратегиями; 3) различные виды терапии включают в себя определенные общие компоненты, не обязательно занимающие центральное место, но оказывающие лечебное воздействие. В настоящее время ни одну из этих трех гипотез невозможно полностью ни доказать, ни опровергнуть. Пожалуй, наибольшее количество сторонников собрала третья из них, предполагающая наличие *общих факторов,* присущих всякому психотерапевтическому подходу. К ним в первую очередь относятся надежность психотерапевта, его поддержка и внимание, некоторая доля суггестии.

Результаты исследования Люборски выявили прогностические факторы успешности психотерапии: а) психологическое здоровье; б) эмоциональная свобода; в) сверхконтроль; г) сходство между пациентом и терапевтом. В целом исследование вновь подтвердило вывод о том, что степень сохранности душевного здоровья пациентов является статистически значимым прогностическим показателем будущего

успеха психотерапии. Это, разумеется, ограничивает возможности любого типа психотерапии на принудительном лечении.

В последние годы проявляется тенденция не столько к сопоставлению эффективности различных психотерапевтических направлений, сколько к рассмотрению возможного воздействия конкретной терапевтической техники на конкретное психическое нарушение независимо от исходного общетеоретического направления.

Многочисленные исследования, посвященные изучению эффективности психотерапии, позволяют прийти к ряду выводов: 1. многие из изученных видов психотерапии оказывают очевидное влияние на различные типы пациентов, причем это влияние не только статистически значимо, но и клинически эффективно. Психотерапия способствует снятию симптомов, ускоряя естественный процесс выздоровления и обеспечивая расширение стратегий совладания с жизненными трудностями; 2) результаты психотерапии, как правило, оказываются достаточно пролонгированными; 3) различия в эффективности тех или иных форм психотерапии значительно менее выражены, чем можно было бы ожидать: когнитивно-бихевиоральные техники демонстрируют некоторое превосходство над традиционными методами вербальной терапии применительно к определенным типам психических расстройств, но это нельзя считать закономерностью. Длительность психотерапевтического лечения также может быть весьма непродолжительна при определенном типе проблем, тогда как ряд проблем и расстройств не поддаются краткосрочной психотерапии; 4) несмотря на то что отдельные психотерапевтические направления сохраняют своеобразие и свойственную им специфику взаимодействия с пациентом, многие психотерапевты в настоящее время следуют эклектическому подходу; 5) межличностные, социальные и эмоциональные факторы, являющиеся одинаково значимыми для всех видов психотерапии, выступают важными детерминантами улучшения состояния пациентов; 6) за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные различия. Одной из многих детерминант этих различий является личность самого психотерапевта, другой – личность пациента.

Более частным, но не менее важным является *вопрос подготовки специалистов*, занимающихся психотерапией и психокоррекцией. Дискутируются вопросы о разграничении полномочий клиницистов и психологов, с постулированием исключительной правомерности и компетентности использования психотерапевтических методов только психиатрами и отдачей «на

откуп» психологам психокоррекции и психологического консультирования.

Также нет единого мнения о сроках подготовки специалистов, системе супервизорства. Актуальной является проблема возможности и способности сочетания в своей практике нескольких психотерапевтических подходов, поскольку выбор того или иного метода психотерапии как специализации – это всегда вопрос индивидуальных предпочтений, вопрос психического склада конкретной личности, ее образования, ее представлений о себе и о мире.

Следует отметить, что в России нет единого мнения об интегративном методе. На последнем съезде психиатров Б.Д. Карвасарским высказывалось мнение о необходимости исследований, касающихся методологии нового синтетического направления психотерапии. Теоретической базой этого направления могли бы стать следующие положения: 1) интегративный подход к концепции личности, отражающий ее биопсихосоциальное единство, 2) объединение в лечебной практике трех основных моделей психотерапии (медицинской, психологической и социальной) в один процесс во главе с врачом-психотерапевтом и котерапевтами – психологом и социальным работником, 3) личностно-ориентированный характер психотерапевтического подхода, 4) осуществление подбора методик с учетом максимального использования общепризнанных по эффективности механизмов: хорошего контакта с пациентом, стимуляции когнитивного процесса, применения феномена оперантной обусловленности поведения, суггестии и катарктического отреагирования, развития креативных качеств больного.

Рекомендуемая литература

Александров А.А. Современная психотерапия: Курс лекций. – СПб., 1997. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности. – М., 1980.

Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. – М., 1995.

Калмыкова Е.С., Кэхеле Х. Психотерапия за рубежом: история и современное состояние (краткий обзор) // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21. – № 2. – С. 88–99.

Корнилов А.П., Булыгина В.Г. Психокоррекционные мероприятия в процессе принудительного лечения больных с хроническими бредовыми психозами: Методические

рекомендации. – М., 1999.

Менделевич В.Б. Девиантное поведение. – М., 2000.

Московский психотерапевтический журнал. – М., 2001. – № 3,4.

Подростковая и судебная психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой. – М., 1998.

Принудительное лечение психически больных: Пособие для врачей / Под ред. В.П. Котова. – М., 1996.

Принудительное лечение психически больных: Научно-практическое пособие / Под ред. В.П. Котова. – М., 1999.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Котова. – М., 2001.

Соколова Е.Т. Общая психотерапия. – М., 2001.

Эволюция психотерапии. – М., 1998. – В 4-х тт.

Юрьева Л.Н. Этапы реабилитационно-терапевтических мероприятий при проведении принудительного лечения у больных шизофренией: Методические рекомендации. – М., 1991.

Раздел 2
Смежные с медицинской и судебной психологией дисциплины

А.Я. Иванюшкин,
доктор философских наук

Актуальные проблемы профессиональной этики

Содержание профессиональной этики составляют определение, обоснование миссии (целей) профессиональной группы, системы нравственных ценностей данной профессии, моральных качеств, необходимых ее представителям. Общепризнано, что профессиональная этика особенно важна в медицине, в деятельности юристов, педагогов, социальных работников, журналистов, ученых, дипломатов, в практике оказания психологической помощи людям.

Почему выделяются прежде всего эти профессии? Потому что межличностное общение в них затрагивает важнейшие ценности человеческого бытия – жизнь, здоровье, права человека и т. д. Медико-этический принцип «Не навреди!», по сути дела, актуален в профессиональной этике в целом. Этическая некомпетентность врача или практикующего психолога, медсестры или социального работника неизбежно становится и профессиональной некомпетентностью. Особая тема – злоупотребления профессиональными знаниями, профессиональным положением медиков, юристов, журналистов, психологов и т. д. Именно профессиональная этика должна быть одной из гарантий предупреждения таких злоупотреблений.

Профессиональная этика прежде всего существует как живая традиция поддержания высокого уровня этических стандартов данной профессии. Представители всех названных профессий постоянно сталкиваются с морально-этическими коллизиями, для разрешения которых бывает недостаточно одного житейского опыта. И профессиональная этика есть тот коллективный моральный опыт, та коллективная нравственная мудрость, которые помогают рядовым представителям профессии избегать ошибок при принятии этических решений. В связи с этим невозможно переоценить роль подлинных учителей в таких профессиях, персонифицирующих саму эту живую традицию.

По сути дела, в повседневной практике мы отождествляем понятия «профессиональная мораль» и «профессиональная этика». Почему же, критически оценивая чьи-то профессиональные действия, мы говорим: «Это неэтично» (причем такая форма выражения является не просто привычной,

но и достаточно корректной)? Потому что даже по своему происхождению профессиональные морально-этические нормы, так сказать, рукотворны (клятва Гиппократа), как и теоретические построения этической науки (этика Канта). В законченном виде профессиональная этика – это упорядоченные, систематизированные морально-этические принципы и нормы, которые излагаются в форме этического кодекса профессии.

В философско-теоретическом плане проблемы профессиональной этики углубленно изучаются в русле прикладной этики. В истории этики как философской науки было несколько этапов, предшествовавших бурному развитию прикладной этики в последние десятилетия XX века (нормативная этика, метаэтика, дескриптивная этика). В русле прикладной этики осуществляются углубленный этико-теоретический анализ трудных (драматических, а то и трагических) моральных ситуаций в области современной медицины, принятие решений в сфере политики (моральное оправдание войны, шпионажа и т. д.), юридической практики (особенно горячие споры об отмене смертной казни), бизнеса (взять хотя бы этические требования к рекламе), охраны окружающей среды («природа и ее права», «права животных»), а также моральных проблем феминистских движений, защиты прав сексуальных меньшинств и др.

Как считает А.А. Гусейнов, возникновение и бурное развитие прикладной этики свидетельствуют о переживаемой человечеством второй этической революции (первая началась в середине I тысячелетия до н. э., когда возникла философия, а кульминацией ее стали мировые религии, в лоне которых сформировались общечеловеческие нравственные ценности). Во все последующие эпохи жизнь (природы и человека) была предпосылкой нравственности людей. Так, согласно вероучениям авраамитических, т. е. уходящих корнями в Ветхий Завет, религий (иудаизм, христианство и ислам), Бог сначала сотворил мир и человека, а затем дал ему нравственный идеал и моральные нормы. В социальной жизни мораль всегда возвышается над повседневным бытием, да и в самой морали существует два уровня – высшие понятия долга, достоинства и справедливости и собственно нравы (феномен удвоения морали). Предназначение прикладной этики заключается в том, чтобы поднять конкретную социальную практику (медицинскую, психологическое консультирование, бизнес и т. д.) до уровня моральных требований.

Наиболее развитой изо всех направлений прикладной этики является биоэтика. *Биоэтика – это современная медицинская*

этика. Мы уделим далее преимущественное внимание биоэтике в силу следующих причин: 1) философско-этический аспект биоэтики разработан особенно основательно, причем применяемые здесь методологические подходы продуктивно используются и в социальной работе, и в практике психологического консультирования и т. д.; 2) знакомство с современной медицинской этикой несомненно важно для психологов, работающих в учреждениях здравоохранения; 3) в XX в. история медицинской этики в России полна подлинного драматизма, первые работы по биоэтике появились у нас с опозданием на 15 лет, отставание в этой области все еще сохраняется, что в основном и определяет сегодня трактовку проблем информированного согласия, конфиденциальности и т. д. при оказании профессиональной медицинской помощи нашим согражданам.

Биоэтика – это в определенном смысле новая профессиональная этика в медицине, которая сохраняет гуманистический дух классической этики Гиппократа (V–IV вв. до н. э.), но некоторые конкретные заповеди этой этики в современной медицине пересматриваются.

Приведем основные положения этики Гиппократа. Сначала обратимся к его знаменитой клятве. *Уважение к жизни:* «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария». *Цель медицины – благо больного:* «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного». *Не навреди:* «Я направлю режим больных к их выгоде…, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». *Медицинская тайна:* «Что бы при лечении, а также и без лечения я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

В книге «Об искусстве» говорится об *отношении к неизлечимым и умирающим больным:* «…К тем, которые уже побеждены болезнью, она (медицина. – *А.И.)* не протягивает своей руки». Хотя специалисты-историки считают, что данная книга Корпуса Гиппократа не принадлежит самому Гиппократу, в течение столетий медицина придерживалась именно такой тактики в отношении к безнадежным больным. В книге «О благоприличном поведении» дается обоснование *«святой лжи»* в медицине: «Все… должно делать спокойно и умело, скрывая от больного многое в своих распоряжениях…» О том же говорится в книге «Наставления»: «Но сами больные, по причине своего плачевного положения, отчаявшись, заменяют жизнь смертью».

В той же книге «Наставления» обсуждается вопрос о *гонораре медиков,* дается совет – сначала оказывать помощь, а уж потом заботиться об оплате своего труда: «Лучше упрекать спасенных, чем наперед обирать находящихся в опасности». По Гиппократу, философия, этика медицинского дела непременно предполагают элемент филантропии: «И я советую, чтобы ты не слишком негуманно вел себя, но чтобы ты обращал внимание на обилие средств (у больного) и на их умеренность, а иногда лечил бы и даром…» Неоднократно Гиппократ касается *практики парамедиков (псевдоврачей),* т. е. тех, кто, «обладая профессиональной ловкостью, обманывает людей… Их всякий может узнать по одежде и прочим украшениям». И в те времена парамедики подчеркивали свой «особый дар», владение эзотерическим знанием (доступным лишь посвященным). В отличие от них врачи школы Гиппократа (представляющие научную медицину) «отдают в общее сведение все, что приняли от науки» («О благоприличном поведении»).

Тема *авторитета медицины,* уважения медика к своей профессии проходит красной нитью через многие книги Гиппократа. «Медицина поистине есть самое благородное из всех искусств» («Закон»). «Врачу сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан… ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других… Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым… Поспешность и чрезмерная готовность, даже если бывают весьма полезны, презираются…» («О враче»). «Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство…» («Клятва»). В «Клятве» Гиппократ *запрещает врачу интимные отношения с пациентом.* «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего… неправедного…, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами». Таким образом, Гиппократ предписывает медику держать под этическим контролем не только собственно профессиональную деятельность, но и весь свой образ жизни.

В свете биоэтики положения этики Гиппократа постоянно рассматриваются как своеобразная точка отсчета в дискуссиях о проблемах эвтаназии, ассистированного самоубийства, достойной смерти (права на смерть), «святой лжи в медицине» и др. Общий же дух новой медицинской этики рубежа XX-XXI вв. особенно отчетливо проявляется в отказе от патерналистского начала гиппократовской этики: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими знаниями и моим разумением» («Клятва»).

Началом начал биоэтических подходов ко всем конкретным проблемам современной медицинской этики является ограничение, скажем так, власти врача, его права единолично принимать решения, которые в современной медицине принимаются в диалоге с пациентом, при уважении автономии личности пациента, его законных прав.

Категориальный строй гиппократовской этики в целом оставался неизменным в европейской медицине на протяжении 24 веков, однако социально-культурный фон профессиональной деятельности врачей, например, в Англии XVIII в. (где в конце этого века уже появился первый учебник по медицинской этике Т. Персиваля) и в России XIX в. (где в начале этого века еще только складывались самобытные традиции академической, научной медицины), конечно, был разным. Для нас представляет особый интерес, как трактовались, «звучали» идеи этики Гиппократа у корифеев дореволюционной отечественной медицины.

Основоположник отечественной клинической медицины, декан медицинского факультета Московского университета М.Я. Мудров, имея в виду Гиппократа, любил повторять своим студентам (среди которых в 20-е гг. XIX в. был Н.И. Пирогов): «Сию главу надо читать на коленях!» А вот проблему информирования безнадежных больных он решал так: «Обещать исцеление в болезни неизлечимой есть знак или незнающего, или бесчестного врача». Иными словами, эта сложнейшая проблема сообщения врачами правды тяжелым больным и раньше допускала отступление от соответствующей заповеди Гиппократа, во всяком случае, современники М.Я. Мудрова доктор Шольц и профессор Арендт сказали умиравшему после дуэли Пушкину правду.

Оценивая уровень этического сознания отечественных врачей на рубеже XIX-XX вв., следует иметь в виду главное: русская медицина в этот период уже была органической частью мирового медицинского сообщества – вспомним европейскую известность С.С. Корсакова или полемику В.П. Сербского с Э. Крепелиным относительно сущности шизофрении. Что же касается некоторых конкретных проблем профессиональной этики, то такие отечественные дореволюционные авторы, как В.А. Манассеин и В.В. Вересаев, в чем-то предвосхитили напряженные современные дискуссии в биоэтике.

Вот далеко не полный перечень тем, преимущественно морально-этического характера, которые постоянно обсуждались в издававшейся В.А. Манассеиным в 1881–1901 гг. газете «Врач»: научная и альтернативная медицина, отношение к гомеопатии (В.А. Манассеин считал ее квазимедициной), сотрудничество

врачей со знахарями («самопродажа врачей»); врачи и аптекари; медицина и пресса, медицинская реклама; аборты и контрацепция, евгеника и стерилизация (позиция В.А. Манассеина здесь была консервативно-осуждающей); проблемы феминизма («женский вопрос»), легализации проституции под контролем врачей; смертная казнь и телесные наказания; «непозволительные, преступные опыты над больными и здоровыми людьми» (в том числе умирающими, заключенными, приговоренными к смерти), необходимость при этом «полного согласия и ясного понимания» со стороны испытуемых и т. д.

Социально-острые материалы, публиковавшиеся во «Враче», имеют еще одно исключительно важное достоинство – их трактовка и оценка давались на фоне соответствующего положения дел в других, так называемых цивилизованных, странах. «Врач» убедительно свидетельствовал, что в решении многих актуальных морально-этических вопросов в медицине Россия не только не отставала от других стран, но подчас выглядела более прогрессивной.

Особенно интересна позиция В.А. Манассеина в отношении медицинской тайны, которая, с его точки зрения, не должна разглашаться ни при каких обстоятельствах, как тайна исповеди. Иную позицию отстаивал в России в те годы крупнейший юрист А.Ф. Кони: медицинская тайна (как и адвокатская, коммерческая и др.) – это «тайна обязательная», однако в особых случаях (например, при расследовании преступлений) для нее должны быть сделаны исключения: «Из-под оболочки врача должен выступить гражданин».

Все вроде бы ясно, но как тогда объяснить упорство В.А. Манассеина, неужели он не сознавал силы приведенных выше аргументов, очевидных не только для юристов, но и для многих коллег-врачей? Вот это упорство, это «этическое доктринерство» профессора В.А. Манассеина представляют особый интерес. Дело в том, что никогда никакое юридическое решение проблемы медицинской тайны не может быть окончательным. Кто-то сказал: юридический максимум – это этический минимум. Спустя столетие, совсем в других социальных условиях мы вновь и вновь вынуждены решать ту же самую морально-этическую дилемму. Когда ВИЧ-инфицированный не хочет, чтобы о его болезни знал его половой партнер, когда пациент с высоким риском наследственного заболевания хочет утаить его от работодателя, от страховой компании, нас постоянно подстерегает соблазн утилитаристского подхода: добро – это максимальная польза для максимально большого числа людей. И поскольку мы мучительно ищем в каждом отдельном таком случае баланс между

интересами личности и общества (других людей), мы так или иначе отдаем дань вроде бы иррациональному упорству «этического доктринера» профессора В.А. Манассеина, никогда и ни при каких обстоятельствах не допускавшего «предательства по отношению к больному».

Столь же большой общественный резонанс, как и дискуссия о медицинской тайне, имело обсуждение на страницах «Врача» темы денежных отношений врачей и их пациентов. Сам В.А. Манассеин был бессребреником: оставив место профессора, он два раза в неделю вел прием (как правило, бесплатный) больных из числа студентов, рабочих, интеллигенции и т. д. Неудивительно, что газета «Врач» была катализатором споров вокруг частной практики, причем наиболее принципиальная часть полемики велась вокруг имени крупнейшего отечественного терапевта, профессора Московского университета Г.А. Захарьина. За что же критиковали Г.А. Захарьина В.А. Манассеин и его единомышленники?

Во-первых, за то, что он брал очень высокий гонорар, причем «без запросу», т. е. ввел постоянную таксу – 100 руб. за визит к больному, 50 руб. за прием в кабинете, 10 руб. за осмотр пациента ассистентом. Такой подход все больше распространялся во врачебной среде, появилось расхожее выражение: «Я сегодня поднял себя до 5 или 10 рублей». У ревнителей традиции медицинской этики, конечно, были свои резоны для негодования: как говорилось выше, в книге «Наставления» Гиппократ не советовал начинать работу с пациентом с вопроса о вознаграждении.

Во-вторых, противники безудержной коммерциализации медицины небезосновательно усматривали здесь причины деформации сначала медицинской этики, а затем психологии врачей. В своем кругу некоторые из них шутили не только по поводу «диагноза», когда врач на ощупь знает, какую кредитку вложили ему в руку, но и по поводу «прогноза», когда врач с порога определяет, с какой мздой покинет этот дом. Теперь можно понять подтекст режущих сегодня слух определений в газете «Врач» – «московская захариниада», «медицина лавочников», «ремесло для наживания денег» и т. д. Ученик В.А. Манассеина Д.Н. Жбанков рассказывал о цинизме одного представителя врачебной инспекции: дело шло о каком-то врачебном свидетельстве, пациент торговался и, наконец, предложил 150 руб. с условием, что никому об этом не скажет, на что врач ответил: «Давайте 200 и всем говорите».

С нашей точки зрения, оценка В.А. Манассеиным частной практики Г.А. Захарьина все-таки грешила односторонностью.

При более объективном подходе следует учитывать, что в университетской клинике Г.А. Захарьин принимал бесплатно, а свое жалованье профессора Московского университета отдавал в фонд нуждающихся студентов. Далее, с этической точки зрения представляются весьма уязвимыми публикации в газете «Врач» размеров гонораров выдающихся врачей (Шарко, Бильрота, Захарьина, Склифосовского и др.), причем подразумевалось, что сами по себе астрономические суммы (40 тыс., 25 тыс. руб. и т. д.) безнравственны. Но ведь понятие «гонорар» иное, чем понятия «заработная плата», «жалованье», «стоимость медицинской услуги». Гонорар – это не только отражение работы и социального статуса врача, но и возможностей и социального статуса пациента.

В самом начале XX в. центром обсуждения вопросов медицинской этики в России стала книга В.В. Вересаева «Записки врача» (первая публикация в журнале «Мир божий» в 1901 г.). Сам В.В. Вересаев писал позднее, что он никогда не имел бы такой писательской известности, если бы не написал «Записки врача». До революции вышло 9 изданий этой книги. Успех ее был огромный, она получила более 100 откликов не только в русской, но и в немецкой, французской, английской и итальянской печати. «Записки врача» одобрил Л.Н. Толстой. А.П. Чехов заботился, чтобы книга В.В. Вересаева, а также его «Ответ моим критикам» (1903) обязательно были в Таганрогской библиотеке. В то же время многие отзывы врачей о книге В.В. Вересаева были негативными.

Из всего множества «проклятых вопросов», обсуждаемых В.В. Вересаевым в «Записках врача» (о врачебных ошибках, о вскрытиях, об авторитете медицины, о частной практике и денежных расчетах врачей с пациентами, о филантропии в медицине и др.), мы остановимся всего лишь на одном – на вопросе о клинических экспериментах. Позиция В.В. Вересаева в этом вопросе по существу продолжает традицию газеты «Врач», однако благодаря широкой известности «Записок врача» за рубежом в современной литературе по медицинской этике именно В.В. Вересаев нередко называется одним из тех, кто предвосхитил закрепленные в Нюрнбергском кодексе и Хельсинкской декларации современные этические принципы и правила при проведении клинических экспериментов.

После Октябрьской революции 1917 г. в системе здравоохранения России происходят коренные изменения, которые не могли не затронуть такой аспект медицины, как ее профессиональная этика. Когда первый нарком здравоохранения Н.А. Семашко в своих публикациях говорил о врачебной этике,

он, как правило, прибавлял слова «так называемая». В первое десятилетие советской истории Н.А. Семашко неоднократно заявлял, что в условиях советской медицины взят «твердый курс на уничтожение врачебной тайны».

В этом историческом факте отрицания значения (роли, ценности) профессиональной тайны в медицине мы видим отражение того этического нигилизма, который официально и открыто насаждался в нашем здравоохранении особенно в 20-е годы. Причин тому было несколько: 1) тоталитарная общественная система исключала уважительное отношение к человеческим и гражданским правам личности; 2) командно-административная организация медицинского дела в стране утверждала преимущественно казенные (бюрократические) механизмы управления учреждениями здравоохранения (через минздравовские приказы, инструкции и т. д.), что делало как бы и ненужной медицинскую этику; 3) господствующая идеология, утверждающая примат общественных интересов перед личными, как бы автоматически превращала «врачебную тайну» в сомнительную ценность. Так или иначе, но со временем термин «врачебная тайна» как отдельный и самостоятельный даже выпал из советских медицинских энциклопедий.

На фоне официально насаждаемого этического нигилизма в отечественной медицине в 30-40-е годы появляется книга одного из основоположников отечественной онкологии Н.Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии». Благодаря Н.Н. Петрову понятие деонтологии стало исключительно популярным в среде советских медиков. Согласно Н.Н. Петрову, медицинская деонтология – это правила поведения медицинского персонала, направленного исключительно на максимальное повышение суммы полезности лечения и максимальное устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы. Особенно следует подчеркнуть, что выдающийся отечественный хирург выделяет вопросы «информирование больного» и «неизлечимые больные». В целом же книга Н.Н. Петрова есть утверждение прежде всего таких принципов медицинской этики, как «непричинение вреда» и «уважение к профессии».

В современной медицине употребляются оба термина – и «медицинская этика», и «медицинская деонтология». Этика всегда была частью философии. Когда, например, говорят «католическая медицинская этика» или «исламская медицинская этика», то подчеркивают исходный мировоззренческий (в данном случае – религиозный) аспект моральных принципов, норм и правил, обязательных для врачей, медсестер и других работающих в медицине специалистов. Понятие «медицинская деонтология»

отражает сами эти обращенные к практике моральные нормы, правила, стандарты.

И все-таки книга Н.Н. Петрова, а также работы выдающихся клиницистов А.Ф. Билибина, Н.А. Кассирского, Е.М. Тареева и др., посвященные морально-этической проблематике в медицине, лишь отчасти могли противостоять всему тому, что ослабляло этическое начало в отечественном здравоохранении. К названным выше причинам (преимущественно административный характер управления медицинским делом в нашей стране и диктат господствовавшей идеологии) необходимо добавить еще одну – изоляцию отечественных медиков от мирового медицинского сообщества.

В определенном смысле начало современного этапа в истории медицинской этики связано со Второй мировой войной. После войны мир узнал о преступлениях нацистской антимедицины. С точки зрения влияния на всю последующую историю медицинской этики наибольшее значение имели преступные нацистские медицинские эксперименты на людях. В большинстве своем это были военнопленные, заключенные. Речь идет об экспериментах с «большими высотами» (в барокамере моделировались условия быстрого подъема на высоту в несколько километров, при котором испытуемые погибали в ужасных мучениях); с морской водой, которые почему-то в основном проводились на цыганах (одна группа пила только морскую воду, другая – морскую воду, соленый вкус которой был нейтрализован, третья группа была лишена воды вообще); с переохлаждением (после снижения температуры тела изучались различные методы отогревания, в том числе «животным теплом», когда обнаженного мужчину клали между двумя обнаженными женщинами). Конечно, изучались огнестрельные раны (которые специально наносились подопытным, в том числе пулями, содержащими фосфор и другие отравляющие вещества): одна группа получала сульфаниламиды, другая – хирургическое лечение, третья была «контрольной», т. е. оставлялась без лечения. Большинство подопытных погибли.

С 25 октября 1946 г. по 19 июля 1947 г. Первый Военный Трибунал США в Нюрнберге рассматривал «Дело медиков». В приложении к приговору нацистским медикам был сформулирован знаменитый Нюрнбергский кодекс *—10 правил* (своего рода этическая азбука) *проведения медико-биологических экспериментов на людях.*

1. Прежде всего необходимо добровольное согласие (полученное без насилия, обмана, мошенничества, хитрости) испытуемого, который должен быть полностью информирован обо

всех сторонах эксперимента.

2 и 3. Эксперимент должен быть научно обоснован, ему должны предшествовать исследования на лабораторных животных.

4, 5 и 6. Риск должен быть разумным и оправданным: следует максимально избегать физических и психических страданий и повреждений (возможность смерти или приобретения инвалидности должна быть исключена), ожидаемая польза должна быть выше предполагаемого риска.

7. Должно быть все предусмотрено для защиты испытуемого.

8. Проводящий эксперимент должен обязательно иметь научную квалификацию.

9 и 10. Испытуемый должен иметь право остановить эксперимент, а экспериментатор обязан сделать это, если степень риска превысит допустимую меру.

В том же 1947 г. возобновила работу Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) – международная неправительственная организация врачей, которая в 1948 г. приняла Женевскую декларацию – современный аналог «Клятвы Гиппократа». В ней, в частности, говорится, что даже под угрозой врач не вправе поступать вопреки требованиям гуманности, что в профессиональной деятельности он должен руководствоваться высочайшим уважением к человеческой жизни с момента зачатия, что он будет уважать секреты, которые ему доверяются, даже после смерти пациента и т. д. С тех пор, вот уже на протяжении полувека своей истории, ВМА приняла десятки этических документов – Международный кодекс медицинской этики (1949), Хельсинкскую декларацию (Биомедицинские исследования на людях, 1964), Сиднейскую декларацию относительно смерти (1968), Декларацию Осло о медицинском аборте (1970), Лиссабонскую декларацию о правах пациента (1981) и т. д. Используя профессиональный, социальный и духовный опыт всего мирового врачебного сообщества, лучших экспертов в области медицины, а также в других областях науки, ВМА стала своего рода всемирной лабораторией современной медицинской этики.

К сожалению, сообщество отечественных врачей ни в советское время, ни после распада СССР не являлось и до сих пор не является членом ВМА. Таким образом, наши врачи находятся в фактической изоляции от мирового врачебного сообщества, а это, в свою очередь, означает для них отлучение от сокровищницы международных документов по современной медицинской этике. Первые более или менее полные издания этических документов ВМА на русском языке появились лишь в 1995 и 1996 гг., однако оба эти издания по разным причинам практически недоступны

огромной массе российских медиков.

Парадокс ситуации усугубляется тем, что отечественная медицинская наука в последние десятилетия по многим направлениям вполне соответствовала мировому уровню или даже занимала лидирующее положение. Если же учесть, что большинство самых злободневных этических проблем медицины порождены именно современным научно-техническим прогрессом (успехами реаниматологии, трансплантологии, медицинской генетики и т. д.), то как раз к решению этих проблем отечественные врачи и другие специалисты оказались не совсем готовы. В нашей стране на 15 лет позднее, чем в других развитых странах, появились работы по биоэтике.

Термин «биоэтика» предложил американский биолог Ван Роннселлер Поттер, автор работ «Биоэтика: наука выживания» (1971), «Биоэтика: мост в будущее» (1972). *Под биоэтикой большинство современных авторов понимают важнейшее направление современной прикладной этики, в русле которого исследуются философские, религиозные, этические проблемы современной медицины, возникающие при биомедицинских исследованиях на живых объектах, при клиническом применении новейших медицинских технологий (реанимации, искусственного оплодотворения, трансплантации органов и т. д.).* Поиск выхода из таких «проблемных ситуаций» – это не просто моральный выбор того или иного врача, это – выбор всего человечества. Нередко термин «биоэтика» употребляется как тождественный терминам «современная медицинская этика» и «биомедицинская этика».

В книге по биоэтике, подготовленной в 1990 г. Советом Европы, отмечается, что многие актуальные морально-этические вопросы, связанные с биотехнологией, не имеют ответов, однако «публикация даже самих вопросов – без ответов на них – может оказаться полезной». Биоэтика как научная и учебная дисциплина есть прежде всего грамотная постановка таких вопросов.

Во-первых, грамотная постановка биоэтических вопросов означает комплексный, междисциплинарный подход к ним. Биоэтика – это междисциплинарная область исследований, междисциплинарная область знаний, в которой одинаково важен компетентный и авторитетный голос как специалистов-медиков, так и философов, юристов, социологов, психологов, демографов и т. д. Возьмем в качестве примера состояние смерти мозга, когда необратимо отсутствуют все функции головного мозга при сохраняющейся деятельности сердца. Жив этот человек или мертв? Квалифицированный анализ данного вопроса требует основательных знаний из области анатомии и физиологии мозга,

о клинической неврологии, о применении таких методов, как электроэнцефалография, ангиография, ультразвуковые методы исследования – транскраниальная допплерография, дуплексное сканирование и т. д., а также требует солидной философской, юридическо-правовой и т. п. подготовки.

Во-вторых, грамотная постановка вопросов биоэтики требует обязательно учитывать их социокультурный контекст. И прежде всего необходимо иметь в виду трактовку этих вопросов в свете религиозной морали. Конечно, степень разработки биоэтических вопросов в разных религиозных конфессиях различна. Наиболее детально и в то же время комплексно биоэтические вопросы проанализированы католической церковью. Юбилейный архиерейский собор Русской Православной Церкви (Москва, 13–16 августа 2000 г.), рассмотрев основы социальной концепции Русской Православной Церкви, в том числе авторитетно подтвердил позиции последней по таким проблемам биоэтики, как аборт, эвтаназия, контрацепция, новые биомедицинские методы преодоления бесплодия, генетическое тестирование, клонирование, трансплантация органов, фетальная терапия, транссексуальная хирургия.

Биоэтика является не только научной дисциплиной, но и социальным институтом. Формы ее институционализации различны: существуют центры биоэтических исследований (например, Гастингский центр в США); уже много лет издаются специализированнные журналы (например, в США – «Доклады Гастингского центра», в Великобритании – «Бюллетень медицинской этики» и т. д.); все шире биоэтика как учебная дисциплина входит в систему современного образования – не только медицинского, но и философского, теологического, правового, психологического и т. д.

Наиболее ярким выражением институционализации биоэтики является возникновение во многих странах (в США – еще в начале 1970-х гг., во Франции – на рубеже 1970-1980-х гг. и т. д.) независимых этических комитетов – сначала в научно-исследовательских, а затем и в практических учреждениях здравоохранения. В состав комитетов входят как специалисты-медики (ученые, врачи, медсестры), так и юристы, психологи, духовные лица и обязательно рядовые граждане (обоего пола). Этические комитеты выполняют в основном консультативные, образовательные, просветительские функции, но иногда наделены властными полномочиями (например, без их разрешения не финансируются какие-то научные исследования).

Очевидно, что возникновение этических комитетов – это введение дополнительного общественного контроля (контроля

гражданского общества) за современной медицинской практикой, поскольку последняя все чаще чревата риском ущерба здоровью и поскольку она делает уязвимыми права человека (на жизнь, на охрану здоровья и т. д.). В России этические комитеты стали формироваться лишь в начале 1990-х годов, и до сих пор их деятельность находится в зачаточном состоянии.

Предпосылки растущего интереса к вопросам профессиональной этики психотерапии, психологического консультирования[1] следующие: 1) стрессогенность социальной жизни в современной России определяет востребованность услуг психологов; 2) новая историческая ситуация в России конца XX в. сделала по-настоящему доступными для отечественной научной элиты в целом и для профессионалов-психологов в особенности достижения психологической науки (огромными тиражами изданы труды З. Фрейда, К. Юнга, Э. Берна и др.); 3) бум альтернативных психологических услуг, свидетельствующий о возрастании рейтинга психологов на рынке труда в современной России (примеры рекламных текстов: «Профессиональный психолог-ясновидящий поможет в кризисной ситуации»; «Магия: снятие порчи, сглаза, проклятия. Психоанализ. Гадание – все виды»).

Как и в других «человековедческих» профессиях, в психотерапии, психологическом консультировании в последние годы разработаны свои этические кодексы. Например, Американская психологическая ассоциация (АПА) разработала в 1990 г. руководство «Этические принципы психолога». Аналогичный кодекс есть и в Российском психологическом обществе. Основные этические требования к практикующему психологу: не наносить клиенту вреда; не эксплуатировать отношения зависимости, возникающие в ходе терапии; действовать только в пределах профессиональной компетенции; опираться только на согласие клиента, понимающего суть происходящего и осведомленного о возможных последствиях; соблюдать конфиденциальность и т. д.

Из множества проблем профессиональной этики психологов мы обсудим лишь некоторые. Существует большое число методов психологической помощи, так или иначе признанных научным сообществом (как отмечает Б. Карасу, «ошеломляющее разнообразие способов лечения, которые сейчас предлагаются потенциальным пациентам») – психоанализ, гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование, «лечение криком» (примитивная терапия Янова), «лечение уговорами» (рациональная терапия Эллиса), «лечение решением» (терапия

прямого лечения Гринвальда) и т. д. и т. п. Заведомая трудность понимания обывателем психологического дискурса, усугубляемая многообразием психологических школ и методов, делает непростой задачу получения информированного согласия клиента перед началом работы с ним психолога.

Эта трудность возникает и у врачей, если они строят свою практику на основе современной биоэтики, и прежде всего такого ее принципа, как уважение автономии личности. Осознанность и добровольность согласия пациента на терапию, например, новым лекарственным средством вряд ли предполагают его информирование о тонкостях фармакокинетики препарата, но обязательно требуют информирования о шансах на успех лечения, о возможном риске и альтернативах лечения с точки зрения современной научной медицины. Очевидно, что объяснять клиенту сущность, например, НЛП-практик – более трудная задача, чем доказать страдающему бронхиальной астмой пациенту фармакологическую эффективность нового бронхолитического средства. Многообразие критериев приемлемого информирования в биоэтике (профессиональный критерий, критерий разумной личности и т. д.) свидетельствует об открытости проблемы информирования клиента, пациента и т. д. профессионалами – психологом, врачом, социальным работником и т. д.

Непростые этические вопросы могут возникнуть уже при определении целей психологического консультирования. Как подчеркивал Э. Фромм, человек, плохо приспосабливающийся к социальной среде, не должен непременно рассматриваться как невротик. Как бы продолжая, конкретизируя эту мысль, Б. Карасу формулирует этическую дилемму психотерапевта, к которому обратился пациент с гомосексуальной ориентацией: или считать гетеросексуализм конечной целью коррекции поведения, или стремиться к тому, чтобы его жизнь как гомосексуалиста стала максимально содержательной.

Как отмечает Б.Г. Юдин, понятие здоровья имеет по крайней мере три измерения – здоровье как факт, здоровье как норма и здоровье как ценность. Нормативно-ценностный аспект особенно выражен в понятии «психическое здоровье». Согласно американскому «Руководству по диагностике и статистике психических заболеваний» (1968), гомосексуализм относился к патологии. А в 1973 г. на сессии Президиума АПА голосованием (13 – за, 2 – воздержались) было принято решение об исключении гомосексуализма из классификатора болезней, закрепив за ним новое определение «нарушения сексуальной ориентации». После того как одни газеты писали об этом с возмущением («Победа

гомосексуалистов!»), а другие – с восторгом («Мы уже не больные!»), несогласные психиатры и практикующие психологи образовали «Группу протеста», собравшую 200 подписей с требованием проведения референдума среди профессионалов. Результаты референдума, который прошел в 1974 г. и в котором участвовали 10 тысяч дипломированных психиатров и психологов, таковы: 5854 (58 %) поддержали исключение гомосексуализма из числа болезней, 3810 остались при мнении, что это патология. После референдума «Комитет протеста» обвинил Президиум АПА в «сговоре с голубыми», однако Президиум АПА не рассматривал данное заявление, правда, одновременно приняв резолюцию: впредь научные проблемы никогда не решать голосованием. В действующей МКБ-10 говорится: «гомосексуальная ориентация не рассматривается в качестве расстройства».

Этические дилеммы, связанные с целями психологического консультирования, нередко возникают в силу противоречий между интересами клиента, семьи и общества. Б. Карасу приводит пример работы психотерапевта во время войны во Вьетнаме. Имея дело с военнослужащим, у которого были проблемы с психическим здоровьем, психотерапевт оказывался перед дилеммой: или с помощью лечения «вернуть его к безумию убийства и смерти», или избрать другую тактику и в результате дать заключение о наличии психического заболевания, тем самым способствуя демобилизации. С аналогичными проблемами сталкиваются отечественные психиатры, психотерапевты, работающие в составе «призывных комиссий» в военкоматах, а также при оказании профессиональной помощи военнослужащим из «горячих точек» и т. д.

Вопросы конфиденциальности в профессиональной деятельности практикующего, клинического, судебного психолога могут быть чрезвычайно острыми. Конфиденциальность есть условие доверительных отношений с клиентом. Откровенность клиента в общении с психологом – его (клиента) «кредит доверия». Умение психолога хранить (беречь, защищать) доверенные ему секреты личной жизни клиента является, во-первых, элементарной порядочностью (адекватным ответом на доверие), а во-вторых, защитой чести и достоинства, репутации, может быть, экономических интересов, социального статуса, а в конечном счете – автономии личности клиента. Особая значимость вопросов конфиденциальности при оказании психиатрической, психологической помощи пропорциональна стигматизирующей силе таких нозологических квалификаций, как «шизофрения», «транссексуализм» и др. Несоблюдение

психологом принципа конфиденциальности неизбежно подрывает его профессиональный авторитет в глазах клиентов и в обществе в целом.

Нередко следование принципу конфиденциальности в профессиональной деятельности практикующего психолога оборачивается трудноразрешимыми моральными дилеммами. Приведем (по Б. Карасу) ставший хрестоматийным случай Татьяны Тарасовой, которая была убита своим душевнобольным другом. Ранее этот последний признался психотерапевту, что намерен совершить убийство. Психотерапевт после консультации с коллегами поставил в известность полицию, которая арестовала пациента, но затем выпустила, не находя достаточных оснований для содержания его под стражей. Ссылаясь на то, что психотерапевт нарушил профессиональную тайну, пациент прервал лечение и через два месяца убил свою подругу. Родители погибшей Т. Тарасовой привлекли психотерапевта к ответственности за то, что они не были проинформированы об опасности, угрожающей их дочери. В 1976 г. суд Калифорнии вынес обвинительный приговор психотерапевту. Склонность пациента к убийству или самоубийству, а также к правонарушениям сексуального, педофилического характера, как правило, является достаточным основанием для нарушения обета конфиденциальности. Очевидно, что общие этические правила, аналогичные вышеприведенному, не могут дать безошибочных решений, когда речь идет о моральных дилеммах. Например, если речь идет о потенциальных самоубийцах, необходимо информировать их родителей, супругов, других родственников. В то же время разглашение информации о возможном суициде само может подтолкнуть такого человека к самоубийству.

Профессиональная этика предписывает практикующему психологу не эксплуатировать влияния или доверия в общении с пациентом, воздерживаться от практики, переживая личностный кризис, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Этически неприемлемыми считаются любые встречи с клиентом за стенами кабинета (прогулки, совместные обеды и т. д.). Некоторые авторы считают нежелательным оказание психологических услуг, когда психотерапевт является одновременно учителем, знакомым, другом, родственником.

Профессиональная этика психотерапии запрещает интимные отношения с клиентом (пациентом). В США в некоторых штатах (Мичиган, Миннесота, Калифорния) за это предусмотрены юридические санкции. Как известно, на эту проблему обращали внимание еще Шарко, Брейер, Фрейд и др. Согласно американским данным за 1989 г., из всех совершавших

злоупотребления такого рода психиатров – 33 %, психологов – 19 %, социальных работников – 13 %. Однако в общей медицинской выборке доля психиатров ниже, чем, например, хирургов или гинекологов. При сексуальных контактах, даже при возможном согласии клиента (пациента), его автономия и право на защищенность нарушаются, а цели психотерапии, как правило, деформируются. И даже когда речь идет о бывшем пациенте, психотерапевту лучше исповедовать правило: «Пациент – всегда пациент».

Современная профессиональная этика психологов уделяет много внимания вопросам оплаты психологических услуг. Во многих западных странах психотерапия включена в страховой полис, в некоторых из них страховка возмещает, допустим, 100 часов консультаций (как правило, достаточных для помощи в кризисной ситуации или для того, чтобы клиент сам мог решить – стоит ли ему пользоваться услугами психолога дольше, оплачивая эти услуги). Этический кодекс АПА рекомендует: «Как можно раньше в рамках установившихся отношений психолог и пациент приходят к соглашению об оплате за услуги…. Психолог обычно воздерживается от принятия подарков, услуг или иных, не выраженных в денежном эквиваленте вознаграждений от пациентов в качестве оплаты за оказанные услуги, поскольку все это неизбежно создает условия для возникновения конфликтов, отношений эксплуатации и других нарушений профессиональных отношений».

Конечно, приведенная выше модель «экономической справедливости» («сначала деньги – потом психологическая помощь») рано или поздно приходит в противоречие с гуманистической миссией психотерапии как таковой. Имея в виду неплатежеспособных пациентов, рекомендуется: наряду с оплачиваемой практикой вести и бесплатный прием в приютах, при благотворительных фондах и т. д. В отдельных случаях при ограниченной платежеспособности клиента можно использовать компромиссные решения – льготная оплата услуг, меньшее, чем обычно, число консультаций и т. д.

Рекомендуемая литература

Вересаев В.В. Записки врача. Соч. в 4 т. – Т.I. – М., 1985. – С. 210–444.

Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов / Под ред. В.Н. Уранова. – М., 1995.

Гиппократ. Избранные книги. – М., 1994. – С. 87–130.

Гусейнов А.А. О прикладной этике вообще и эвтаназии в частности // Философские науки. – 1990. – № 6. – С. 80–84.

Иванюшкин А.Я. Рыцарь врачебной этики (В.А. Манассеин) // Медицинское право и этика. – 2001. – № 2. – С. 49–59.

Интимная связь между врачом и больным в медицинской практике // JAMA. – 1992. – Апрель. – С. 21–25.

Карасу Т.Б. Этические аспекты психотерапии // Этика психиатрии. – Киев, 1998. – С. 107–129.

Коновалова Л.В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Выпуск 1. Биоэтика и экоэтика. – М., 1998.

Майленова Ф. Выбор и ответственность в психологическом консультировании. – М., 2002.

Медицина и права человека. – М., 1992.

Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных // Хрестоматия по истории медицины. – М., 1968. – С. 79–94.

Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – Л., 1956.

Семашко Н.А. О врачебной тайне // Бюллетень НКЗ. – 1925. – № 11.

Стоун И. Страсти ума, или Жизнь Фрейда. – М., 1994.

Тюйе П. Гомосексуализм в зеркале психиатрии. – Пол, секс, человек. – М., 1993. – С. 108–115.

Юдин Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. – М., 2001. – С. 61–85.

В.В. Вандыш-Бубко,
профессор, доктор медицинских наук

Ограниченная вменяемость: принципы судебно-психиатрической оценки

Современный Уголовный кодекс РФ (УК РФ) впервые законодательно закрепил в стране особый подход к уголовной ответственности обвиняемых, страдающих таким психическим расстройством, которое не исключает вменяемости, однако учитывается при судебном разбирательстве. В истории права и судебной психиатрии соответствующая норма получила известность под названием ограниченной (уменьшенной, частичной) вменяемости. В ст. 22 УК РФ «Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости» она оговорена следующим образом:

1. ***Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.***

2. ***Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера***.

Поскольку в данной статье речь идет об экспертизе лица, страдающего психическим расстройством, вынесение соответствующего экспертного решения («…не могло в полной мере…») является компетенцией эксперта-психиатра. Вместе с тем специфика ограниченной вменяемости состоит в том, что в этом случае: а) речь идет о принципиально вменяемом субъекте; б) оценивается такое психическое расстройство, которое *ограничивает,* но не лишает субъекта способности к произвольной регуляции своего поведения. Поэтому нетрудно себе представить, что при оценке подобной *степени, меры* ограничения особое значение имеют те исследовательские возможности, которыми располагает психолог-эксперт. Организация такого комплексного подхода, сотрудничества эксперта-психиатра и эксперта-психолога имеет свою специфику и порождает определенные проблемы. Осознание этих проблем, выработка путей их рационального преодоления способствуют повышению эффективности применения нормы ст. 22 УК РФ в повседневной

экспертной работе.

Норма ограниченной вменяемости является, как утверждают специалисты, весьма дискуссионной и неоднозначной, поэтому на всех этапах ее становления были как противники, так и сторонники нормы. Одно из наиболее исчерпывающих ее толкований дается Ю.М. Антоняном и С.В. Бородиным.

Авторами прежде всего обращается внимание на тот факт, что ограниченная вменяемость как правовая норма возникла как бы вторично, вслед за категорией невменяемости, после того как психиатры и юристы на практике столкнулись с ситуацией, когда в рамках дихотомического подхода (признание обвиняемого *только вменяемым* либо *невменяемым)* не удавалось адекватно решить экспертные вопросы.

Это обстоятельство в конечном счете и способствовало тому, что уже в 40-е годы XIX века в законодательстве ряда европейских стран (прежде всего германских государств) появилась норма уменьшенной вменяемости. В числе факторов, которые могут ее обусловливать, назывались слабоумие, недостаточное развитие, старческая дряхлость, опьянение, «нравственная оскуделость», последствия неправильного воспитания.

Основная правовая трактовка применения такой нормы состояла в уменьшении наказания подсудимого, признанного уменьшенно вменяемым. Подобный же подход – признание уменьшенной вменяемости, предусматривающей смягчение наказания, – был заложен в законодательство и других стран (Швеция, Дания, Финляндия).

Хотя в российском уголовном законодательстве того периода нормы уменьшенной вменяемости не было, тем не менее в числе обстоятельств, уменьшающих вину, учитывалось совершение преступления «…по легкомыслию или же слабоумию, глупости и крайнему невежеству…».

Таким образом, основная идея подхода, который был сформирован под влиянием ***классической*** школы уголовного права, состоит в *признании связи вменяемости и вины:* субъект, страдающий психическим расстройством, ограничивающим свободу воли преступника, несет на себе меньше субъективной вины, соответственно должен нести и меньшее наказание. Сторонники уменьшенной вменяемости (представители классической школы права) исходили из того, что наказывается преступник, совершивший *конкретное* преступление, которое, в свою очередь, не обязательно доказывает антисоциальность субъекта; наказание за него должно быть соразмерным.

Противники же категории ограниченной вменяемости, среди которых могут быть названы и такие известные отечественные

психиатры, как В.Х. Кандинский, В.П. Сербский, аргументировали свою позицию двумя возражениями.

Первое, и основное, из них сводилось к тому, что, по мнению упомянутых и других специалистов, оперирование категорией ограниченной вменяемости предполагает выход судебным психиатром, который принимает такое решение, за пределы своей профессиональной компетенции. Судебный психиатр как бы присваивает себе функции судьи, так как выносит суждение о степени вины подэкспертного, что является предпосылкой назначения наказания.

Кроме того, противники ограниченной вменяемости обращали внимание и на такое методическое обстоятельство, как субъективный характер критериев оценки психических расстройств, используемых в судебной психиатрии. Это затрудняет обоснование экспертных выводов, препятствует достижению их доказательности.

При введении же дополнительной более частной категории (уменьшенная вменяемость) эти критерии, по мнению противников ограниченной вменяемости, могут вообще утратить свою диагностическую значимость.

Сторонники ограниченной вменяемости в качестве основного аргумента приводили, в свою очередь, объективное существование такой категории психических расстройств, которая является как бы промежуточной между «белым» и «черным» (между вменяемостью и невменяемостью) и которая должна предполагать также самостоятельную клиническую и юридическую их трактовку.

Достаточно показательно подобные методические проблемы проявились в практике отечественной судебной психиатрии в период до введения в законодательство нормы ограниченной вменяемости. Кстати, в нашей стране в 1920-е, реже – в первой половине 1930-х годов, по существу, ограниченно вменяемыми («уменьшенно» – по терминологии того времени) признавались до трети от общего числа освидетельствованных, хотя в те годы такая норма и отсутствовала. В большинстве этих случаев речь шла о лицах, страдающих психопатией. Позже эта практика была признана порочной, как «уловка для преступников». Обращалось, кроме того, внимание на возможность экспертных ошибок, вероятность проблем содержания в местах лишения свободы уменьшенно вменяемых психопатов и т. п. В дальнейшем, до принятия последнего УК РФ, дискуссии о теоретических предпосылках и практической целесообразности уменьшенной вменяемости в отечественной юриспруденции и судебной психиатрии продолжались при негативном тем не менее

отношении к этой норме в целом.

Вместе с тем в повседневной экспертной практике всегда существовала достаточно большая группа лиц, обнаруживающих психические расстройства, которые в судебной психиатрии составляли категорию случаев, «пограничных» в экспертном отношении. При упомянутом дихотомическом подходе «только вменяем» либо «только невменяем» экспертное решение в этих случаях принималось по принципу «предпочтительности» в пользу одного решения с игнорированием другого, в такой же степени тем не менее вероятного. Понятно, что в подобных экспертных ситуациях выводы о вменяемости (либо невменяемости), как правило, были недостаточно убедительны. Во всяком случае, их легко можно было оспорить в судебном заседании; следовательно, такие решения всегда были чреваты назначением повторных экспертиз.

Кроме того, а это главное, при подобном «предпочтительном» подходе (в пользу одного решения с игнорированием другого) всегда высока вероятность экспертных ошибок.

Таким образом, речь идет об обвиняемых с определенной по выраженности психической патологией, которая по своей сути недостаточна, чтобы соответствовать критериям невменяемости, но одновременно не может быть проигнорирована. Во всяком случае, она очевидно (как для экспертов, так и для судей) влияет на поведение субъекта в момент совершения им правонарушения и потому требует отдельной оценки – правовой трактовки, объяснения мотивации содеянного.

Кроме толкования ограниченной вменяемости упомянутой ***классической*** школой уголовного права, исторический интерес представляют и два иных направления.

Социологическая школа уголовного права, как считается, абсолютизировала факторы, порождающие преступность, – факторы окружающей среды, установки субъекта. Соответственно представители этой школы понимали норму уменьшенной вменяемости как один из инструментов борьбы с антисоциальными инстинктами и наклонностями преступника – его «опасного состояния», склонности (даже зависимости) к совершению правонарушения у лиц при определенной психической патологии.

Отсюда основная идея уменьшенной вменяемости представителей этой школы состояла в использовании мер воздействия на преступника – это особые условия содержания, неопределенные приговоры (без срока, определенного судом), возможность продления срока наказания после его окончания на основании того, что субъект остается социально опасным, вплоть

до пожизненного. Близкими к социологическим оказались и идеи ***антропологической*** школы уголовного права, сторонники которой исповедовали идею о врожденном преступнике, преступление которого есть результат биологических факторов, в том числе и болезни.

Те или иные положения социологической и антропологической школ имеют значение и на современном этапе развития судебной психиатрии. Прежде всего речь идет о постоянно актуальной проблеме – поиске зависимости противоправного поведения от характера имеющихся у обвиняемого психических расстройств. При ограниченной вменяемости в современном уголовном отечественном праве установки социологической школы по-своему отражаются в положении ст. 22 УК РФ, предусматривающем возможность назначения мер медицинского характера вменяемым лицам.

При обобщении семилетней (1997–2003 гг.) практики применения нормы ограниченной вменяемости в отечественной судебной психиатрии обращают на себя внимание несколько важных обстоятельств.

Первое из них – несформированность практики применения ст. 22 УК РФ. Это тем более показательно, что актуальность и обоснованность нормы ограниченной вменяемости к моменту ее введения (1997 г.) и в настоящее время не подвергались и не подвергаются сомнению.

Указанная несформированность опыта правоприменения нормы иллюстрируется динамикой показателей удельного веса лиц, признаваемых ограниченно вменяемыми.

Обращает на себя внимание прежде всего неравномерность показателей, характеризующих практику применения ст. 22 УК РФ различными экспертными комиссиями страны. Так, по данным А.Р. Мохонько, в 1999 г. (третий год введения нормы ограниченной вменяемости) в работе экспертных комиссий отдельных территорий ст. 22 УК РФ была использована весьма часто – у каждого четвертого вменяемого лица. Этот показатель практически соответствует таковому в 20-е годы прошлого столетия, характеризовавшиеся расширительной, как уже было сказано, практикой применения данной нормы. Одновременно в 20 % территорий страны вопрос о применении ст. 22 УК РФ в работе экспертных комиссий вообще не поднимался, а в 30 % – решение об ограниченной вменяемости принималось в единичных случаях.

При сопоставлении этих данных с аналогичными показателями за 2000 г. можно отметить некоторое «сглаживание» различий в применении нормы ограниченной

вменяемости по регионам России. Только в трех (из 78) территориях этот показатель в 2000 г. остался на уровне 10 % и выше, в трех – вопрос о применении ст. 22 в указанный период не ставился вообще, в работе 20 % экспертных комиссий данное решение было принято менее чем в 1 % случаев. В целом же в 2000 г. ограниченно вменяемыми были признаны 2,5 % обследованных.

Таким образом, можно говорить не только о неравномерной, но и очевидно недостаточной практике использования нормы ст. 22 УК РФ (2,2 % в 1997 г. и 2,8 % – в 2002 г.).

Анализ различных источников (отчеты региональных экспертных комиссий, анализ актов СПЭ, публикации по проблеме, выступления судебных психиатров по теме на совещаниях и конференциях) позволяет утверждать, что в качестве основной причины подобной, можно сказать, недостаточной, практики применения ст. 22 УК РФ в настоящее время следует считать несформированность ее методических предпосылок.

Специфика судебно-психиатрической экспертизы при применении ст. 22 УК РФ проявляется в том, что обоснование экспертного заключения в этих случаях требует не декларативных формулировок, но доказывания существующей связи между медицинским и юридическим критериями формулы ст. 22 УК РФ.

Для понимания данной специфики целесообразно напомнить некоторые принципиальные положения судебно-психиатрической экспертизы обвиняемых.

Одно из них состоит в том, что формула невменяемости предполагает оценку способности обвиняемого «осознавать…, руководить своими действиями» применительно к *конкретному* совершенному правонарушению. При этом имеющееся психическое расстройство является необходимой, но тем не менее всего лишь *предпосылкой* возможной неспособности либо ограниченной способности обвиняемого к осознанию своих действий и руководству ими. В классическом виде эта идея заложена в известном правиле МакНатена, суть которого сводится к тому, что для признания обвиняемого невменяемым необходима доказанная обусловленность совершенного правонарушения имеющимися у подэкспертного продуктивными психопатологическими симптомами.

Другими словами, речь идет о прямой связи между медицинским и юридическим критериями формулы невменяемости, как это имеет место в случаях с психопатологическими механизмами формирования противоправного поведения. В силу очевидности подобной

прямой связи по существу утрачивается и необходимость отдельного обоснования юридического критерия; он как бы проистекает из медицинского.

Существует и другой подход при оценке способности обвиняемого, страдающего психическим расстройством, «осознавать фактический характер… своих действий и руководить ими» – так называемый принцип Дюркхама. В соответствии с этим принципом невменяемым может признан не только тот страдающий психическим расстройством обвиняемый, противоправное деяние которого было обусловлено бредовой, галлюцинаторной и другой активной психопатологической симптоматикой, но и обвиняемый, болезнь которого проявляется выраженными дефицитарными расстройствами, предопределяющими неспособность к произвольной регуляции своего поведения.

Подобный подход является общепризнанным, в том числе в нашей стране.

Понятно, что в случаях, когда экспертной оценке подвергаются преобладающие в картине болезни дефицитарные расстройства, связь между медицинским и юридическим критериями формулы невменяемости не столь показательна (за исключением, естественно, глубокой деменции). Поэтому при вынесении экспертного решения здесь требуются исчерпывающее обоснование выводов о вменяемости, отдельная аргументация, почему при том или ином уровне психических нарушений принимается тот или иной вариант оценки способности субъекта «осознавать фактический характер… своих действий… и руководить ими».

Однако в повседневной практике экспертизы такое обоснование нередко носит формальный характер. Основное внимание в экспертном заключении уделяется доказыванию, что обвиняемый страдает (страдал в момент совершения правонарушения) психическим расстройством – описываются наследственность, история болезни, нарушения созревания, случаи обращения к психиатру; выявляемые на момент обследования психические расстройства. При таком подробном (а подчас и избыточном) обосновании медицинского критерия выводы относительно юридического критерия зачастую декларативны, не аргументированы. Наиболее типичный в этом отношении пример, когда в экспертном заключении связь между медицинским и юридическим критериями формулы невменяемости излагается следующим образом: «Поэтому N., как страдающий указанным психическим расстройством, в момент совершения инкриминируемого ему деяния не мог осознавать…»

Такое декларативное, а не доказательное экспертное заключение в современной практике судопроизводства, которая характеризуется, как известно, внедрением принципа состязательности, расширением круга специалистов, участвующих в экспертизе, перестает удовлетворять участников судебного разбирательства. При этом обоснованно подвергается сомнению не только (а может быть, не столько) имеющееся у обвиняемого психическое расстройство, сколько патологическая обусловленность личностных девиаций, болезненная мотивация совершения конкретного инкриминируемого правонарушения.

Таким образом, для доказывания экспертных выводов относительно вменяемости, помимо психопатологических, имеют значение и критерии оценки личности обвиняемого, обстоятельства актуальной криминальной ситуации. Эти три группы признаков («синдром – личность – ситуация») лежат в основе системной оценки при экспертизе обвиняемых (Кондратьев Ф.В.). Необходимость оценки всех трех указанных параметров должна учитываться в повседневной практике этапного обоснования экспертного заключения в соответствии со ст. 22 УК РФ. Сказанное может быть проиллюстрировано схематично (рис. 1).

Рис. 1. Значимость отдельных факторов в системе «синдром – личность – ситуация» при принятии экспертного решения

Столбцы на рисунке (слева направо) соответствуют трем экспертным ситуациям: 1) невменяемость; 2) ограниченная вменяемость; 3) вменяемость.

Три сектора (сверху вниз) иллюстрируют вклад отдельных факторов в систему критериев экспертной оценки – «психопатология (расстройство) – личность – ситуация».

При признании субъекта *невменяемым* основное значение имеют критерии оценки психопатологии («расстройства»).

Известно, что обстоятельства совершения правонарушения (провоцирующие, сдерживающие и др.), личностные установки могут иметь значение для мотивации совершения общественно опасного деяния. Однако два последних фактора, влияя на характер противоправного деяния лиц, признаваемых невменяемыми, тем не менее не определяют такое поведение.

При признании обвиняемого *вменяемым* для объяснения механизмов совершения правонарушения исчерпывающее значение имеют критерии оценки личности субъекта совместно со спецификой актуальной криминальной ситуации. Психическое расстройство в этом случае не имеет принципиального значения либо (при отсутствии психического расстройства) вообще не оценивается.

В случаях же признания субъекта *ограниченно вменяемым* все три фактора оценки, как это видно на рисунке, имеют значение для обоснования судебно-психиатрических критериев.

Это следует не только из формальных принципов построения обсуждаемой схемы, но также из основополагающего подхода при обосновании экспертного заключения. Подразумевается, что оценка психического расстройства при ограниченной вменяемости не имеет исчерпывающего значения. В этих случаях актуальное психическое расстройство выступает лишь как предпосылка возможного ограничения способности обвиняемого к произвольной регуляции своего поведения, как своего рода «слабое место». У личности с определенными социальными установками и системой ценностей, с устоявшимися формами реагирования в конкретной криминальной ситуации эта предпосылка (психическое расстройство) может обусловить ограниченную способность к произвольной регуляции своего поведения.

Таким образом, при вынесении альтернативного решения («вменяем» либо «невменяем») требуется обоснование *особого* качества («психическое здоровье» либо «тяжелая психическая болезнь»); используются соответствующие критерии оценки. При обосновании выводов в соответствии с критериями ограниченной вменяемости оценка носит также качественный характер. Тем не менее в пределах определенного качества («вменяемость»; принципиальная «способность осознавать… руководить своими действиями») задача эксперта состоит в установлении *степени, меры* этой способности. Решение данной задачи возможно лишь при системной оценке всей совокупности отмеченных выше факторов – как психопатологических, так и ситуативно-личностных. Поэтому можно сказать, что алгоритм обоснования экспертных выводов при ограниченной вменяемости

соответствует своего рода эталонной процедуре экспертизы, отражающей этапность оценки на уровне вначале медицинского, а затем юридического критериев известной формулы:

а) выявление у обвиняемого психопатологической предпосылки измененной способности к произвольной регуляции своего поведения в момент совершения правонарушения;

б) дифференцированная ее оценка с учетом критериев квалификации двух других значимых параметров – индивидуально-личностных особенностей, специфики конкретной криминальной ситуации.

Ниже приводится последовательность этапов экспертной диагностики, принципы экспертной оценки на каждом из них:

1. ***Идентификация*** случая как высоко вероятного для оценки в соответствии с нормой ст. 22 УК РФ: по принципу исключения «невменяемости» при необходимости тем не менее самостоятельной правовой трактовки имевшихся у обвиняемого в момент совершения правонарушения психических расстройств; с использованием клинических критериев идентификации (этиопатогенетических, синдромальных).

2. ***Выбор экспертной модели*** в зависимости от характера отношений в системе «расстройство – личность – ситуация», определяющего приоритетность параметров оценки: клинико-психопатологических; личностно-ситуативных.

3. ***Обоснование*** экспертного заключения с помощью доказательных критериев: общих (психическая активность, адаптация, прогноз); частных (характеризующих ведущий синдром применительно к юридическому критерию).

Таким образом, первая задача, которая возникает в процессе экспертизы, состоит в распознании конкретного случая как высоковероятностного с точки зрения применения ст. 22 УК РФ.

Надо сказать, что подобные случаи распознаются достаточно легко – уже на этапе назначения экспертизы. Показательными в этом отношении могут служить данные следующего анализа.

Были рассмотрены те случаи повторных экспертиз, где по результатам окончательного решения обвиняемые были признаны «ограниченно вменяемыми». Целью этого анализа являлось выяснение того, какие же экспертные решения на этапе первичной экспертизы вызывают сомнение? Оказалось, что в подавляющем большинстве следствием либо судом оспаривались те решения предыдущей экспертизы, согласно которым подэкспертные признавались просто «вменяемыми». В постановлениях о назначении повторных экспертиз прямо указывалось, что в предыдущих экспертных заключениях не нашли объяснения имеющиеся у подэкспертных нарушения в

психической сфере – особенности их поведения в момент совершения правонарушения, жалобы подэкспертных на здоровье, особенности психиатрического анамнеза и т. п. Другими словами, психиатрическая специфика этих случаев была настолько очевидна, что просто не могла быть проигнорирована. Она требовала специального внимания экспертов. В некоторых постановлениях прямо указывалось на необходимость экспертной оценки применительно к ст. 22 УК РФ.

Подобная необходимость отдельной правовой трактовки, вероятность применения нормы ограниченной вменяемости достаточно очевидна на начальном этапе и для эксперта. При этом он руководствуется отмеченными выше соображениями о невозможности игнорирования имеющихся у обвиняемого психических расстройств при одновременной очевидности того факта, что эти расстройства не соответствуют уровню невменяемости. Естественно, что эксперт проводит предварительную идентификацию случая как возможного для применения с учетом ст. 22 УК РФ с помощью клинических критериев.

При этом важно подчеркнуть некоторые диагностические обстоятельства.

Прежде всего следует помнить, что с учетом положений классической школы уголовного права в основе признания субъекта ограниченно вменяемым лежит психическое расстройство, с психиатрической точки зрения – *определенное* по своим клиническим параметрам. Это значит, что некоторые психические расстройства принципиально не могут рассматриваться как возможная предпосылка для применения нормы ограниченной вменяемости – психотические варианты патологии, состояния выраженного дефекта, в том числе глубокая деменция. Следовательно, в качестве такой предпосылки при признании обвиняемого ограниченно вменяемым выступают *пограничные* психические расстройства, имеющиеся у него в момент совершения правонарушения.

Одновременно можно говорить и об определенной *предпочтительности* этиопатогенетических и синдромальных параметров психического расстройства, выявляемого у обвиняемого при признании его ограниченно вменяемым.

Так, по данным за 2002 г., из числа лиц, признанных ограниченно вменяемыми в РФ, 46 % составили обвиняемые, страдающие органическим психическим расстройством, 35,6 % – умственной отсталостью, 7,0 % – обвиняемые с личностными расстройствами, 2,6 % – больные шизофренией и 9,1 % – обвиняемые, страдающие прочими психическими

расстройствами. Эти данные весьма показательны.

Обращает на себя внимание прежде всего тот факт, что почти половина из числа ограниченно вменяемых приходится на долю лиц с органическим психическим расстройством. Это не вызывает каких-либо вопросов, поскольку обвиняемые с такого рода патологией, как известно, преобладают среди направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу. Одновременно в этой связи следует отметить, что органические психические расстройства характеризуются и высоким удельным весом пограничных по выраженности проявлений болезни, причем тех, которые могут являться реальной клинической предпосылкой ограниченной способности обвиняемого к осознанию своих действий и руководству ими – эмоционально-волевых и интеллектуальных расстройств.

Каждый третий из числа лиц, признаваемых ограниченно вменяемыми, страдал умственной отсталостью. В большинстве этих случаев речь идет о легкой, реже – об умеренной умственной отсталости. Для экспертной оценки в соответствии с критериями ограниченной вменяемости имеют значение не только интеллектуальная несостоятельность обвиняемого, ограничивающая его способность в момент совершения инкриминируемого деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, рационально организовывать свое поведение, прогнозировать его последствия, но и типичные в этих случаях проблемы волевого контроля за своим поведением.

Достаточно неожиданным представляется тот факт, что всего лишь 7,0 % от числа ограниченно вменяемых составляют обвиняемые с личностной патологией, поскольку именно эта патология может являть собой реальную предпосылку ограниченной вменяемости. По всей видимости, данное обстоятельство связано с тем, что в повседневной практике судебно-психиатрической экспертизы личностная патология диагностируется преимущественно в рамках *органических* личностных расстройств, диагноз же расстройства зрелой личности (психопатии) как такового устанавливается значительно реже.

Следовательно, для понимания приведенных данных, характеризующих представленность отдельных нозологических форм в группе ограниченно вменяемых, важно, что это соотношение отражает их удельный вес при судебно-психиатрической экспертизе обвиняемых в целом.

Закономерно также, что всего 2,6 % ограниченно вменяемых являются больными шизофренией. Это объясняется тем, что

данная нозология по своим клиническим характеристикам принципиально отличается от органических психических расстройств, умственной отсталости, расстройств зрелой личности. Она представлена психотическими расстройствами, специфическим дефектом психики. Такого рода психические расстройства являются предпосылкой качественного изменения способности субъекта к произвольной регуляции своего поведения, но не ее ограничения, как при пограничных личностных и когнитивных психических нарушениях. Поэтому, как показывает практика, в случаях установленного диагноза шизофрении об ограниченной вменяемости речь может идти лишь при отсутствии выраженных дефицитарных расстройств, при качественной ремиссии.

Из *патогенетических характеристик*, которые учитываются при судебно-психиатрической экспертизе, в частности, при оценке в соответствии со ст. 22 УК РФ, следует указать на такие параметры психического расстройства, как «*текущий либо резидуальный*» характер заболевания и «*энцефалопатический либо дизонтогенетический*» вариант психического расстройства.

Необходимо отметить, что особенности патогенеза в каждом конкретном случае сами по себе не могут расцениваться как предпосылка к определенному выводу о вменяемости, в том числе и к ограниченной. Однако оценка патогенеза дает возможность определить закономерности формирования психического расстройства, помогает квалифицировать актуальное (значимое для экспертной оценки) психическое расстройство на синдромальном уровне, позволяет оценить прогноз состояния и соответственно вынести суждение о мерах медицинского характера.

К категории *текущих* (прогредиентных) относят те варианты психических расстройств, которые проявляются, с одной стороны, активным течением болезни (состояния обострения, декомпенсации и др.), а с другой – неуклонным нарастанием патогномоничного для данного заболевания дефекта психики. В зависимости от интенсивности активного течения процесса, темпа нарастания дефицитарных расстройств степень прогредиентности болезни различна – от малопрогредиентных ее вариантов до злокачественных. Под резидуальными формами психических расстройств понимают состояния стойкого психического дефекта, сформировавшегося после завершения активного течения болезни. Глубина этого дефекта может быть различной, например, от легких церебрастенических проявлений до деменции.

Экспертная оценка резидуальных состояний проще, чем

оценка прогредиентных, поскольку в первом случае психопатологическая картина у обвиняемого на момент экспертизы в значительной мере соответствует таковой в момент совершения правонарушения. Поэтому при экспертизе эти состояния можно если не отождествлять, то сопоставлять. Кроме того, при экспертизе резидуальных состояний оценка ограничивается, по существу, квалификацией выраженности психического дефекта.

Прогредиентные варианты психических расстройств не должны отождествляться с глубоким психическим дефектом, как это нередко бывает в повседневной практике. Однако опыт показывает, что оценка в соответствии со ст. 22 УК РФ умеренно прогредиентных, а тем более злокачественных типов течения болезни малоперспективна. В этих случаях не только трудно ретроспективно оценить состояние в момент совершения правонарушения в соответствии с требованиями ст. 22 УК РФ, но возникает и такая проблема, как оценка возможности назначения наказания обвиняемому как заболевшему психическим расстройством после совершения правонарушения (ч. 1 ст. 81 УК РФ).

Поэтому в качестве идентифицирующих ст. 22 УК РФ патогенетических параметров следует назвать *резидуальный* характер оцениваемого психического расстройства, за исключением, естественно, состояний глубокого дефекта.

Под энцефалопатией понимают состояния психического дефекта, ущерба, сформировавшегося на этапе завершенного онтогенеза, тогда как к дизонтогенетическим относят те варианты психических расстройств, которые формируются как следствие нарушенного психического созревания (задержанное, искаженное развитие).

При признании субъекта ограниченно вменяемым какие-либо предпочтения этих патогенетических параметров отсутствуют. Как было сказано, энцефалопатический либо дизонтогенетический вариант психического расстройства обусловлен преимущественно возрастным этапом, на котором действует этиологическая вредность. Однако уточнение данных патогенетических характеристик имеет значение для выбора экспертной модели, приоритетных критериев оценки.

Отмеченные этиопатогенетические особенности определяют и предпочтения на *синдромальном уровне* в случаях использования ст. 22 УК РФ.

Прежде всего напомним, что под критерии ограниченной вменяемости в принципе не подпадают психотические расстройства, в том числе пароксизмальные с нарушением

сознания, либо отчетливые проявления шизофренического дефекта. Перечисленные расстройства не ограничивают, но в силу патологической мотивации лишают больного способности осознанно руководить своим поведением. Критериям ограниченной вменяемости не соответствуют и состояния по типу тотальной деменции, когда имеют место нивелирование личности вследствие деструктивных процессов, нецеленаправленность деятельности, грубое расстройство критики.

Таким образом, психические расстройства, при которых есть вероятность применения ст. 22 УК РФ, на *синдромальном уровне* могут быть идентифицированы как расстройства *непсихотического* уровня, причем *умеренные либо легкие*. С феноменологической точки зрения они представляют собой две основные категории психических расстройств: *личностные и когнитивные*, что соотносится с юридическим критерием формулы, предполагающим оценку способности обвиняемого осознавать характер своих действий и руководить ими.

Этиопатогенетические и феноменологические особенности в каждом конкретном случае предопределяют и экспертный подход, выбор экспертной модели при обосновании выводов об ограниченной вменяемости, что, как было сказано, определяется по результатам системной оценки психопатологического расстройства и актуальной криминальной ситуации с выделением приоритетных параметров оценки – клинико-психопатологических либо личностно-ситуативных. Речь идет, конечно же, не о противопоставлении оговоренных выше систем оценки (*расстройство – личность – ситуация*), но о выделении тех параметров, которые несут наибольшую экспертную нагрузку и наиболее значимы для понимания механизмов совершенного противоправного деяния, для обоснования выводов об ограниченной вменяемости.

Таким образом, в рамках экспертной модели ограниченной вменяемости с учетом отмеченных приоритетных параметров оценки могут быть выделены частные модели обоснования экспертного решения. Вернемся к приведенной на рисунке 1 схеме, иллюстрирующей роль отдельных факторов при обосновании экспертного заключения. Однако представим себе (рис. 2), что средний столбец, соответствующий экспертной ситуации «ограниченная вменяемость», разделен еще на два столбца, иллюстрирующих частные модели обоснования экспертного решения: 2А – с приоритетными клинико-психопатологическими и 2Б – с приоритетными личностно-ситуативными критериями оценки.

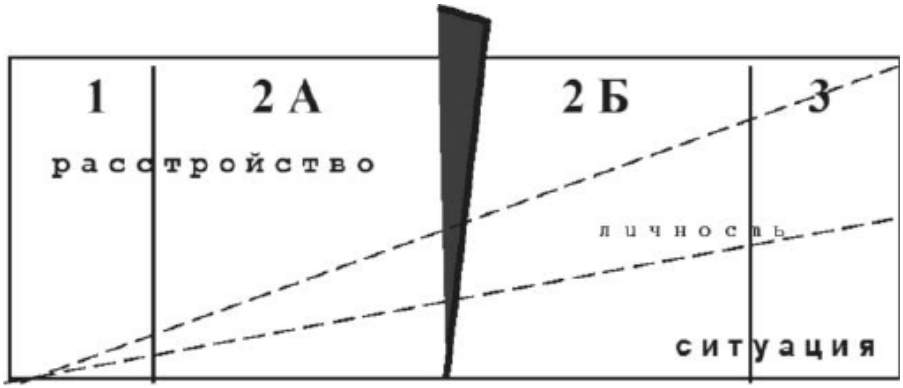

Рис. 2. Значимость отдельных факторов при принятии экспертного решения (при обосновании экспертных моделей оценки ст. 22 УК РФ)

Примечания:

1 – невменяемость;

2 – ограниченная вменяемость;

3 – вменяемость;

2А – первая экспертная модель (приоритетные критерии оценки – клинико-психопатологические);

2Б – вторая экспертная модель (приоритетные критерии оценки – личностно-ситуативные).

Выделение этих двух частных экспертных моделей основано на повседневном опыте применения нормы ст. 22 УК РФ, согласно которому процедура обоснования выводов об ограниченной вменяемости такова, что каждый раз такое решение принимается по результатам сопоставления, выбора между ограниченной вменяемостью и невменяемостью либо между ограниченной вменяемостью и вменяемостью.

В первом случае оценивается более очевидная и более глубокая психопатология, выраженность которой дает основание предполагать вероятную невменяемость; другими словами – психопатология, самодостаточная для экспертной оценки.

На синдромальном уровне эти состояния представляют собой преимущественно задержки психического развития в виде умственной отсталости, органический инфантилизм, легкие когнитивные расстройства в связи с органическим поражением головного мозга, энцефалопатию, в том числе в виде органического личностного расстройства.

Для клинической характеристики важно, что эта категория психических нарушений представляет собой этиологически разные дефицитарные расстройства с высоким удельным весом в

картине болезни когнитивных, волевых нарушений; расстройства устойчивые, определяющие ограниченную способность к произвольной регуляции своего поведения в любой криминальной ситуации.

Поэтому клинико-психопатологические критерии и являются приоритетными при выделении экспертной модели 2А.

Во втором случае (экспертная модель 2Б) оценивается также юридически значимое психическое расстройство, которое не может быть проигнорировано. Однако оно может быть квалифицировано и как соответствующее экспертным выводам о вменяемости. При наличии дополнительных значимых критериев, в частности, отражающих актуальную криминальную ситуацию, вероятность экспертных выводов об ограниченной вменяемости резко повышается.

На синдромальном уровне эти состояния представляют собой преимущественно дизонтогенетически обусловленные личностные расстройства с высоким удельным весом в клинической картине аффективных нарушений, со склонностью к формированию сверхценных переживаний, с проблемами рациональной организации поведения, поиска рационального разрешения фрустрирующей ситуации. Эти расстройства с общепатологической точки зрения могут быть охарактеризованы в целом как более легкие, динамичные.

Для обоснования выводов об ограниченной вменяемости в соответствии с данной экспертной моделью (2Б) важно, что криминальная фрустрирующая ситуация предъявляет повышенные требования к дефицитарным звеньям в структуре личности обвиняемых, ограничивая возможность их адекватного личностного функционирования. Поэтому личностно-ситуативные критерии экспертной оценки в этих случаях и являются приоритетными.

Обсуждаемые частные экспертные модели, которые предполагают дифференцированную оценку значимых факторов в системе «расстройство – личность – ситуация» при обосновании выводов об ограниченной вменяемости, методически близки к алгоритму обоснования выводов психолога-эксперта. Можно без преувеличения сказать, что с появлением нормы ограниченной вменяемости на новый уровень вышло междисциплинарное сотрудничество эксперта-психиатра и эксперта-психолога.

Вместе с тем, как показывает складывающаяся практика, появились и специфические проблемы, одна из которых касается компетенции специалистов, принимающих решение об ограниченной вменяемости. Наиболее показательна в этом отношении ситуация, когда выводы об ограниченной

вменяемости выносятся единолично экспертами-психологами, подчас даже в рамках однородной судебно-психологической экспертизы, без участия психиатра. Надо сказать, что такая неправомочная практика в некоторых регионах страны оказалась весьма распространенной. Этому способствуют, как показывает анализ, конкретные причины.

Прежде всего в этой связи можно назвать недостаточную осведомленность судебно-следственных работников в сути правовой нормы ст. 22 УК РФ, в силу чего такие экспертизы не получают должной критической оценки и становятся в принципе возможными.

Кроме того, имеет значение и расширение круга участников экспертной деятельности, в том числе и проводящих экспертизу единолично. Не секрет, что за проведение экспертизы берутся подчас психологи, не обладающие должной подготовкой, а иногда и просто не компетентные в вопросах медицинской, возрастной психологии, не говоря уже о судебной психологии.

Следует отметить, что сама специфика объекта исследования – «пограничный» уровень психических расстройств, коррелирующих с ограниченной вменяемостью, – создает предпосылки к игнорированию подобных неглубоких психических расстройств либо к их отождествлению с неболезненными индивидуально-психологическими особенностями личности. Это может способствовать неправомочному расширению однородных судебно-психологических экспертиз, принимающих на себя решение, как было сказано, и вопросов об ограниченной вменяемости.

Обобщая проблему компетенции специалистов, принимающих решение об ограниченной вменяемости, важно подчеркнуть, что базисным является то положение ст. 22 УК РФ, согласно которому оценивается *вменяемость,* а объектом экспертизы является *психическое расстройство*. Сказанное и определяет того эксперта, в компетенцию которого входит решение вопроса об ограниченной вменяемости. Таковым является эксперт-*психиатр.* Отсюда принципиально важным является и то положение, что выводы об ограниченной вменяемости могут быть сформулированы при *однородной* судебно-психиатрической экспертизе. Соответственно практикуемые подчас ссылки на «невозможность использования ст. 22 УК РФ» в связи с «отсутствием подготовленных психологов-экспертов» не только несостоятельны, но и свидетельствуют о недостаточном понимании сути нормы ограниченной вменяемости.

Тем не менее преимущества комплексной психолого-

психиатрической экспертизы при вынесении экспертных решений в соответствии со ст. 22 УК РФ очевидны. Это объясняется тем, что именно в рамках комплексных психолого-психиатрических экспертиз в отечественной судебной психиатрии в свое время при отсутствии альтернативы дихотомическому подходу (либо вменяем – либо невменяем) были разработаны методические принципы дифференцированной экспертной оценки – экспертиза «аффективных деликтов», влияния индивидуально-личностных особенностей на поведение обвиняемого в криминальной ситуации, экспертиза психической зрелости несовершеннолетних.

Известное сходство алгоритмов обоснования выводов о влиянии индивидуально-личностных особенностей (либо эмоционального напряжения) на поведение обвиняемого в момент совершения инкриминируемого деяния и экспертных выводов относительно ограниченной вменяемости представляет принципиальную возможность междисциплинарного сотрудничества психолога и психиатра при выборе адекватного экспертного решения. Одновременно это не должно сопровождаться подменой компетенции специалистов, отождествлением разных в правовом отношении экспертных решений либо «параллельным» их обоснованием экспертом-психиатром и экспертом-психологом.

С учетом специфики обсуждавшихся частных экспертных моделей при обосновании ограниченной вменяемости, а также в контексте проблемы междисциплинарного сотрудничества экспертов (психиатра и психолога) представляются достаточно показательными варианты возможных экспертных решений при комплексной психолого-психиатрической экспертизе дефицитарных личностных расстройств и так называемых аффективных деликтов. Эти варианты экспертных решений представлены в таблице.

Таблица

А. Возможные варианты экспертной оценки «дефицитарных расстройств»		
Вариант	**Решение**	**Компетенция**
Выраженное дефицитарное расстройство	• невменяем • меры медицинского характера	психиатр
Ст. 22 УК РФ	• ограниченно вменяем • учитывается судом... • меры медицинского характера	психиатр
«...индивидуально-личностные особенности, оказавшие существенное влияние...»	• вменяем • учитывается судом (?)	психолог
Б. Возможные варианты экспертной оценки «аффективного деликта»		
Патологический аффект	• невменяем • меры медицинского характера	психиатр
Аффект	• вменяем • переквалификация статьи (107, 113 УК РФ)	психолог
Ст. 22 УК РФ	• ограниченно вменяем • учитывается судом... • меры медицинского характера	психиатр
«...эмоциональное напряжение, оказавшее существенное влияние...»	• вменяем • учитывается судом (?)	психолог

Приведенные схемы не нуждаются в отдельном толковании. Однако важно обратить внимание, что варианты экспертных решений изложены на схеме в последовательности от наиболее радикальных до наименее значимых в правовом отношении. Именно такая последовательность и отличает алгоритм выбора экспертного решения, одним из вариантов которого может быть ограниченная вменяемость. При этом в качестве доказательных критериев ограниченной вменяемости используются как *общие*, имеющие значение для оценки патологичности в целом (измененная психическая активность, расстройства адаптации, нарушение прогностических способностей и др.), так и *частные*, характеризующие психическое расстройство на уровне ведущего (значимого для экспертной оценки) психопатологического синдрома – личностного, когнитивного, иного.

В заключение следует обратить внимание еще на одно важное методическое обстоятельство при обосновании нормы ограниченной вменяемости, которое имеет свой аналог и в практике психолога-эксперта.

Опыт показывает: в некоторых случаях с учетом клинических параметров оцениваемого психического расстройства, очевидной специфики криминальной ситуации эксперт может предположить, что в момент совершения правонарушения у обвиняемого имела место ограниченная способность к осознанию своих действий и руководству ими. Однако по тем или иным мотивам подэкспертный отказывается от сотрудничества с экспертом либо, как это бывает при установочном поведении, сообщает недостоверную информацию. Подобная ситуация должна рассматриваться как принципиально не позволяющая обосновать экспертные выводы об ограниченной вменяемости, поскольку такие выводы, как было сказано, не могут быть декларативными либо предположительными. Для их обоснования требуется исчерпывающая прицельная оценка всех значимых факторов – психопатологических, личностных, ситуативных.

Исходя из тех предпосылок, что в таких случаях речь идет о принципиально вменяемом субъекте, эксперт не должен предпринимать попыток корригировать позицию подэкспертного. Исключение могут составлять те случаи, когда у подэкспертного нарушена способность к самостоятельному осуществлению своих процессуальных прав на защиту. В такой ситуации эксперт, не навязывая своей позиции, может информировать подэкспертного о целесообразности изменения его установок в пользу объективного освещения обстоятельств криминальной ситуации.

Рекомендуемая литература

Андреева Е.С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со ст. 22 УК РФ: автореф. дис… канд. мед. наук. – М., 1987.

Кондратьев Ф.В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости // Ограниченная вменяемость. – М., 1996. – С. 18–28.

Кудрявцев И.А., Морозова М.В., Савина О.Ф. Практика проведения КСППЭ при решении вопроса о применении ст. 22 УК РФ // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 5. – С. 42–46.

Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., Щукина Е.Я. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших общественно опасные действия (по данным отчетов о работе судебно-психиатрических экспертных комиссий Российской Федерации) // Российский психиатрический журнал. – М., 1999. – № 5. – С. 14–19.

Ограниченная вменяемость: Пособие для врачей. – М., 1996.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. – М., 1998. – С. 141–152.

Dlugglass R., Bowden P., Walker N. Principles and practice of forensic psychiatry. – 1990.

Н.К. Харитонова,
профессор, доктор медицинских наук

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе

Правовые основания назначения и проведения судебно-психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз в гражданском процессе

Нормы гражданского права регулируют имущественные и некоторые личные неимущественные отношения, отличающиеся самостоятельностью и независимостью их участников. Для того чтобы приобретать права и осуществлять их собственными действиями, принимать на себя и исполнять обязанности, надо разумно рассуждать, понимать смысл норм права, осознавать последствия своих действий, иметь житейский опыт. Эти качества находятся в зависимости от возраста и психического состояния лица. Исходя из этого, законодатель в тех случаях, когда в процессе рассмотрения гражданских дел требуются специальные познания в различных областях науки, прибегает к назначению судебно-психиатрической или комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы для определения психического состояния лица в юридически значимой ситуации (ст. 79 ГПК РФ). В современном законодательстве правовые аспекты назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе регламентируются Гражданским кодексом РФ (ГК РФ), Гражданским процессуальным кодексом (СК РФ), Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Особо хотелось бы остановиться на новом Гражданском процессуальном кодексе РФ, который вступил в действие с 1 февраля 2003 г. Кодекс содержит ряд новых положений, определяющих порядок проведения экспертизы, выделяет новые виды экспертиз, в том числе комиссионные и комплексные, вводит новую статью о заключении специалиста и другие новые положения о порядке проведения экспертиз в делах, относящихся к особому производству.

В гражданском судопроизводстве правосудие осуществляется на основе состязательности и равноправия сторон (ст. 12 ГПК

РФ), каждая из которых представляет свои доказательства по делу, в отличие от уголовного процесса, где доказательства собираются следователем. Согласно ст. 55 ГПК РФ, доказательства по делу могут быть получены в том числе и из заключения эксперта. Поэтому обосновать необходимость назначения судебно-психиатрической или комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, а также привлечения к делу специалиста могут участники процесса, истцы и ответчики, заинтересованные лица, защитник, адвокат. При этом каждая из сторон вправе представить суду вопросы, подлежащие разрешению при проведении экспертизы. Окончательный круг вопросов, по которым требуется заключение эксперта, определяется судом. Стороны, другие лица, участвующие в деле, имеют право просить суд назначить проведение экспертизы в конкретном судебно-экспертном учреждении или поручить ее конкретному эксперту; заявлять отвод эксперту; знакомиться с определением суда о назначении экспертизы и заключением эксперта; ходатайствовать перед судом о назначении повторной, дополнительной, комиссионной или комплексной экспертизы (ст. 79 ГПК РФ).

В современной ГПК впервые выделена комплексная экспертиза (ст. 82 ГПК РФ), которая назначается судом, если установление обстоятельств по делу требует одновременного проведения исследований с использованием различных научных направлений в пределах одной области знания. Комплексная экспертиза поручается нескольким экспертам, по результатам формулируется общий вывод.

Статья 84 ГПК определяет порядок проведения экспертизы. Экспертиза проводится экспертами судебно-психиатрических учреждений по поручению их руководителей или иными экспертами, которым она поручена судом. Экспертиза проводится в судебном заседании или вне его, если это необходимо по характеру исследований.

Специалист, привлекаемый в качестве эксперта, должен знать свои права и обязанности, которые сформулированы в ст. 85 ГПК. Эксперт обязан: принять к производству порученную ему судом экспертизу и провести полное исследование представленных материалов и документов, дать обоснованное и объективное заключение по вопросам, поставленным перед ним; явиться по вызову суда для личного участия в судебном заседании и ответить на вопросы, связанные с проведенным исследованием и данным им заключением. В случае если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта либо материалы и документы непригодны или недостаточны для

проведения исследований и дачи заключения, эксперт обязан направить в суд, назначивший экспертизу, мотивированное сообщение в письменной форме о невозможности дать заключение. В ГПК строго оговорено, что эксперт не вправе самостоятельно собирать материалы для проведения экспертизы, вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела; разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с проведением экспертизы, за исключением суда, ее назначившего. Вместе с тем эксперт, поскольку это необходимо для дачи заключения, имеет право знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы; просить суд о предоставлении ему дополнительных материалов и документов для исследования; задавать вопросы в судебном заседании лицам, участвующим в деле; ходатайствовать о привлечении к проведению экспертизы других экспертов.

Результатом проведенного экспертного исследования является заключение эксперта. В ст. 86 ГПК РФ сформулированы положения о заключении эксперта, которое дается в письменной форме и должно содержать подробное описание проведенного исследования, сделанные в результате его выводы и ответы на поставленные вопросы. Законом допускается экспертная инициатива: если при проведении экспертизы эксперт установит имеющие значение для рассмотрения и разрешения дела обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, то он вправе включить выводы об этих обстоятельствах в свое заключение.

Одним из принципиально новых положений ГПК является ст. 188, определяющая порядок консультации специалиста. В необходимых случаях суд может привлечь специалистов для получения консультаций и объяснений. Специалист дает суду консультацию в устной или письменной форме, исходя из профессиональных знаний, без проведения специальных исследований, назначаемых на основании определения суда. Консультация специалиста дается в произвольной форме, нормативных документов по ее составлению нет. В судебном заседании консультация специалиста, данная в письменном виде, оглашается и приобщается к делу; консультация в устной форме заносится в протокол судебного заседания. В целях разъяснения и дополнения консультации специалист может быть вызван в суд, перед ним могут быть поставлены вопросы, на которые он должен ответить. Привлечение специалиста к гражданскому судопроизводству целесообразно в тех случаях, когда речь идет о необходимости обоснования назначения экспертизы, указания ее

вида, формулирования вопросов перед экспертами. Мнение специалиста важно при решении о проведении повторной судебной экспертизы. В этом случае специалист составляет на основании имеющихся у него материалов, в том числе и заключения о проведенной ранее судебно-психиатрической или комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, мотивированное заключение с выделением существенных фактов, которые не были учтены и адекватно оценены при проведении экспертизы. Хотелось бы обратить внимание, что целью специалиста является помощь суду в установлении истины по делу, а не критика имеющегося экспертного заключения с язвительными замечаниями и обвинениями в профессиональной неграмотности.

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о признании лица недееспособным с установлением над ним опеки

Признание гражданина недееспособным регламентируется ст. 29 ГК РФ. Согласно данной статье гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством.

Лишение дееспособности не безвозвратно: если отпадут основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, суд выносит решение о признании его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека (ч. 3 ст. 29 ГК РФ).

При подготовке дела о признании гражданина недееспособным для определения его психического состояния назначение судебно-психиатрической экспертизы обязательно (ст. 283 ГПК РФ).

Предметом судебно-психиатрического исследования при данном виде экспертизы является определение психического состояния лица и его способности понимать значение своих действий или руководить ими с целью установления над ним опеки.

Прежде чем рассматривать критерии недееспособности, обратимся к понятию дееспособности, которая определяется в ст. 21 ГК РФ как способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их, она возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия. Обладать

дееспособностью – значит иметь способность лично совершать различные юридические действия, заключать договора, совершать сделки и исполнять их, приобретать в собственность имущество и владеть, пользоваться и распоряжаться им, заниматься предпринимательской и другой деятельностью, отвечать за повреждение и уничтожение чужого имущества и т. п. Исходя из этого, юристы считают, что дееспособность включает, во-первых, способность к совершению сделок (сделкоспособность) и, во-вторых, способность нести ответственность за неправомерные действия (деликтоспособность). Значимость дееспособности как своеобразного субъективного права определяется тем, что она юридически обеспечивает свободу, «суверенитет» и активное участие личности в реализации своих имущественных прав, в первую очередь права собственности, а также личных неимущественных прав. Однако эта возможность реализовать свои права не может быть одинаковой для всех, она имеет определенные ограничения, которые обусловлены различными факторами: возрастом, психическим расстройством, злоупотреблением спиртными напитками и наркотическими средствами.

Закон различает несколько разновидностей дееспособности:

1) полная дееспособность;

2) неполная (частичная дееспособность несовершеннолетних);

3) ограниченная дееспособность;

4) недееспособность.

Полная дееспособность подразумевает способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять любые имущественные и личные неимущественные права, принимать на себя и исполнять любые обязанности. Неполная или частичная дееспособность относится к несовершеннолетним в возрасте от 14 до 18 лет (ст. 26 ГК РФ) и малолетним в возрасте до 14 лет (ст. 28 ГК РФ). Неполная дееспособность характеризуется тем, что за гражданином признается право приобретать и осуществлять своими действиями не любые, а только некоторые права и обязанности, прямо предусмотренные ст. ст. 26 и 28 ГК РФ.

Ограниченная дееспособность заключается в уменьшении объема имевшейся у лица дееспособности. Ограничение дееспособности предусмотрено ст. 30 УК РФ только для лиц, злоупотребляющих спиртными напитками и наркотическими средствами, ставящих свою семью в тяжелое материальное положение. Причиной ограничения дееспособности является не наличие психического расстройства, а социальный фактор:

значительные денежные траты лица с алкогольной или наркотической зависимостью ухудшают материальное положение его семьи. Поэтому при решении вопроса об ограниченной дееспособности суд на основании имеющихся у него данных без назначения судебно-психиатрической экспертизы выносит заключение об ограничении дееспособности гражданина и установлении над ним попечительства. В психиатрии известны и другие формы расстройства влечения, зависимого поведения, которые сопровождаются значительным материальным ущербом, например, патологический гемблинг (влечение к азартным играм). Однако в современном законодательстве ограничение дееспособности распространяется только на лиц, злоупотребляющих спиртными напитками и наркотическими средствами. Вместе с тем, учитывая действительность, расширение и распространение сети игровых заведений, назрела необходимость в правовой защите лиц с зависимым поведением и семей таких лиц путем ограничения их дееспособности и применения к ним ст. 30 ГК РФ.

Признание гражданина недееспособным неизбежно сопряжено с принудительным изменением его правового статуса, установлением над ним опеки. Имущественные сделки, совершенные недееспособными гражданами, в соответствии со ст. 171 ГК РФ считаются недействительными. Признание лица недееспособным может быть сопряжено с помещением его в психоневрологический интернат в недобровольном порядке, помимо его желания (ст. 41 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). В новом ГПК РФ регламентирован порядок признания гражданина недееспособным. В ст. 281 ГПК РФ указывается, что дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер) независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения. В заявлении о признании гражданина недееспособным (ст. 282 ГПК РФ) должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у гражданина психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значение своих действий или руководить ими. Назначение судебно-психиатрической экспертизы при лишении гражданина дееспособности обязательно (ст. 283 ГПК РФ). Кроме того, при явном уклонении гражданина от прохождения экспертизы суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном

направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу. В судебном заседании при рассмотрении заявления о признании гражданина недееспособным обязаны присутствовать заявитель, прокурор, представитель органа опеки и попечительства и, что особенно важно, сам гражданин, если это возможно по состоянию его здоровья (ст. 284 ГПК РФ). Как показывает практика, последнее условие соблюдается чрезвычайно редко, чаще всего судебное заседание проводится в отсутствие гражданина, которого лишают дееспособности, что, безусловно, является нарушением его прав и может способствовать неправильному решению суда.

Особенностью судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе при решении вопросов о деенедееспособности является прогностическая оценка психического состояния в зависимости от течения психического заболевания. При этом диагноз психического расстройства автоматически не определяет экспертную оценку о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими. При решении этого вопроса в качестве оценочного фактора особое значение имеет комплекс признаков, характеризующих тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, течение заболевания, его возможный клинический и социальный прогноз.

В соответствии со ст. 29 ГК РФ законодатель выделяет два критерия недееспособности: медицинский и юридический. Медицинский критерий определяется как психическое расстройство, а юридический – как способность понимать значение своих действий и руководить ими. Заключение о недееспособности выносится в том случае, если медицинский критерий соответствует юридическому, т. е. глубина и выраженность психического расстройства должна быть такова, что лишает граждан и на возможности осознавать свои действия и регулировать их, самостоятельно принимать решения, имеющие правовые последствия.

Следует подчеркнуть, что экспертиза по определению недееспособности в большинстве своем назначается лицам, страдающим шизофренией или органическим психическим расстройством, однако независимо от нозологии можно выделить общие критерии оценки психического состояния лица при определении его деенедееспособности.

Критерии, используемые при оценке способности понимать значение своих действий и руководить ими в соответствии со ст. 29 ГК РФ.

Психопатологические критерии:

– давность и продолжительность психического заболевания;

– значительная степень прогредиентности с тенденцией к безремиссионному течению;

– склонность к частым обострениям и состояниям декомпенсации;

– наличие актуальной психопатологической продуктивной симптоматики, определяющей болезненную мотивацию и неправильное поведение;

– выраженное интеллектуально-мнестическое снижение;

– грубые эмоционально-волевые нарушения;

– негативно-личностные изменения (падение психического энергетического потенциала, снижение уровня личности, регресс личности);

– нарушения критических и прогностических функций.

Социальные критерии:

– особенности социального функционирования;

– трудоспособность и трудовая занятость;

– семейное положение и взаимоотношения в семье;

– устойчивые связи в микросреде;

– организованность повседневной жизни в соответствии с потребностями практической жизни;

– склонность к злоупотреблению психоактивными веществами;

– наличие асоциальных тенденций;

– склонность к совершению противоправных действий.

Критерии применения ст. 29 ГК РФ при шизофрении. В последние годы продолжается видоизменение преобладающих в экспертной практике форм шизофрении, отличающихся более легким, часто однприступным течением. Больные активно участвуют в общественной жизни, вступая при этом в различные правовые отношения. При этом ведущим остается концептуальный подход к оценке структурно-динамических особенностей психических расстройств, отражающих их нозологическую сущность. В соответствии с этим актуальное психическое состояние несет в себе прогностическую информацию, которая с учетом степени социальной адаптации позволяет обосновать решение вопроса о способности лица понимать значение своих действий и руководить ими или об отсутствии такой возможности и необходимости учреждения опеки. При шизофрении динамический принцип позволяет по особенностям психического состояния больного прогнозировать последующее течение заболевания, характер и глубину психических расстройств, возможную частоту обострений или приступов, устойчивость последующей ремиссии и структуру формирующегося дефекта. К прогностически неблагоприятным

формам относится параноидная шизофрения, которая характеризуется непрерывным или приступообразным прогредиентным течением с частыми усложняющимися по структуре приступами. Формирующийся в этих случаях дефект отличается нарастающими негативными расстройствами, эмоциональным обеднением, притуплением, ангедонией, отчужденностью, нарушениями мышления, мотивационной сферы, неспособностью критически осмыслить свое состояние, а также социальной дезадаптацией. Больные с подобным типом течения процесса чаще всего являются инвалидами. Опека в этих случаях, если она осуществляется в соответствии с современным законодательством, имеет положительное значение, способствуя защите прав таких больных. Однако даже при послаблении процесса или его стабилизации имеющийся дефект лишает их способности адекватно оценить ситуацию и осмысливать свое болезненное психическое состояние.

Более сложным и часто встречающимся в практике гражданской экспертизы является освидетельствование больных малопрогредиентной шизофренией. При оценке способности таких больных понимать значение своих действий или руководить ими и необходимости назначения опеки ведущим остается критерий течения, определяющий прогноз.

Обоснование прогноза основано на комплексе признаков, характеризующих клинические варианты динамики, частоту и структуру обострений или приступов, эффективность терапии, резистентность к психогенным и другим экзогенным воздействиям. Большое значение в комплексе факторов, влияющих на психическое состояние больного и определяющих решение вопроса о необходимости опеки, имеет оценка уровня адаптации – системы межличностных отношений, ценностных ориентации, соответствующих образованию, изначальным социальным установкам больного и его ближайшего окружения, трудовой деятельности. При вялом течении процесса психопатологические расстройства остаются сравнительно неглубокими, не отмечается выраженной негативной симптоматики.

Наиболее благоприятным является неврозоподобный вариант без выраженного снижения психической активности. В процессе терапии наступает стабилизация состояния. Доминируют расстройства астенического типа – снижение психической активности при отсутствии тенденции к углублению психических расстройств.

У больных обостряется сознание собственной измененности, что является фактором, поддерживающим некоторую

настороженность, особую осмотрительность, потребность в постоянной поддержке со стороны лиц ближайшего окружения. Ухудшение состояния и повторные госпитализации у этих больных обычно обусловлены трудностями адаптации, их повышенной чувствительностью, эмоциональной лабильностью. Однако периодически возникающие временные ухудшения состояния не сопровождаются негативными расстройствами, не оказывают существенного влияния на профессиональную деятельность и устойчивость социальной адаптации. Такие больные ведут активный образ жизни, вступают в различные правоотношения, в связи с чем обычно и возникает вопрос об их способности понимать значение своих действий и руководить ими, однако при данном варианте течения процесса у больных при незначительном уровне поражения психики сохраняются критические способности, а при совершении гражданских актов – реально бытовая мотивация своих поступков.

В отличие от неврозоподобного варианта при преобладании психопатоподобной симптоматики с нарастающими личностными изменениями чаще устанавливается юридический критерий недееспособности. Выраженное снижение психической активности, эгоцентризм, эмоциональная уплощенность с отсутствием эмпатии сочетаются с раздражительностью, повышенной возбудимостью и агрессивными тенденциями при отсутствии сознания болезни. Немотивированные колебания настроения по типу дисфории или депрессий нередко являются причиной вторичного алкоголизма и употребления психоактивных веществ, что усугубляет состояние больных и определяет их неправильное поведение. Частые ухудшения состояния с неправильным поведением обусловливают неоднократные госпитализации, что, в свою очередь, затрудняет трудовую и семейную адаптацию.

Выраженные эмоционально-волевые расстройства при недостаточном критическом осмыслении своего состояния и нарастающей социальной дезадаптации являются в этих случаях конкретными клинико-социальными характеристиками медицинского критерия ст. 29 ГК РФ. Назначение опеки будет необходимой мерой, способствующей социальной адаптации больных и предотвращающей возможные тяжелые последствия их неправильного поведения, в частности, общественно опасные действия.

При приступообразной шизофрении прогноз определяется структурой манифестных и последующих приступов, их частотой и принципом построения – по типу клише или с тенденцией к усложнению. К прогностически благоприятным признакам

относятся сравнительно малая прогредиентность процесса, преобладание в структуре приступов аффективных или аффективно-бредовых расстройств, непродолжительность последующих приступов, клиническая картина которых строится по типу клише или с незначительным усложнением. Особое значение имеют характеристика межприступных периодов, их продолжительность, наличие или отсутствие остаточной психопатологической симптоматики, восстановление критики к перенесенным болезненным переживаниям. Чем менее остра и подвижна картина приступа, тем более вероятно последующее углубление дефекта, а также появление редуцированных продуктивных расстройств в межприступных промежутках. При формировании устойчивой ремиссии, обычно астенического или гиперстенического вариантов, у больных не усиливаются расстройства эмоционально-волевой сферы и мышления, сохраняются практическая ориентировка и адаптационные возможности. При этом снижение профессионального уровня не сопровождается социальной дезадаптацией, изменением преморбидных свойств и социальных личностных установок. Больные с подобным типом течения процесса не нуждаются в опеке. В тех случаях, где на ранних этапах заболевания она была назначена, целесообразна постановка вопроса о пересмотре подобного решения и о возможности больных на этом этапе понимать значение своих действий и руководить ими с восстановлением их гражданских прав в соответствии с ч. 3 ст. 29 ГК РФ.

Следует, однако, подчеркнуть, что решение вопроса о способности лица понимать значение своих действий и руководить ими возможно только после выхода больного из острого психотического состояния. Только при сформировавшейся ремиссии определяются глубина и структура дефекта, компенсаторные возможности личности, а также степень социальной адаптации больных.

Критерии применения ст. 29 ГК РФ ***при органических психических расстройствах.*** При органических психических расстройствах трудности экспертных решений обусловлены различной степенью психических изменений – от незначительных неврозоподобных проявлений до глубоких нарушений, лишающих способности понимать значение своих действий и руководить ими. Отмечаемая тенденция к временному ухудшению состояния при воздействии психогенных и других экзогенно-органических вредностей усугубляет эти трудности. Критерии прогноза в этой группе зависят от структурно-динамических особенностей органического поражения головного мозга различной этиологии.

Среди больных с органическим поражением головного мозга, в отношении которых ставится вопрос о возможности понимать значение своих действий или руководить ими и необходимости назначения опеки, наибольший процент составляют лица с сосудистой патологией, обусловленной церебральным атеросклерозом и гипертонической болезнью.

По степени выраженности психических расстройств, в зависимости от типа течения и стадии церебрального атеросклероза, определяющих различные экспертные решения, можно выделить 2 группы.

В одной группе, соответствующей ранним стадиям сосудистого заболевания головного мозга, преобладают полиморфные психические расстройства. Это – астенический, невротический и аффективный синдромы, которые сочетаются с различными по своей выраженности нарушениями познавательной сферы. У больных отмечается легкое снижение памяти на текущие события, при этом ослабевают запоминание и фиксация нового опыта. Повышенная психическая истощаемость и утомляемость, особенно при психическом напряжении, замедленность темпа психических процессов, нарушение объема восприятия сопровождаются снижением активности и продуктивности интеллектуальной деятельности. При этом не только сохраняется понимание наступающих болезненных изменений, но отмечается их гиперболизированное восприятие, что сопровождается чувством собственной неполноценности, уязвимостью, тревожностью. У больных преобладает пониженное настроение на фоне заострения присущих им индивидуальных личностных свойств и общевозрастных характерологических черт – раздражительной слабости, ранимости, обидчивости, склонности к фиксации на неприятных соматических ощущениях. Особенностью психических расстройств, возникающих в начальном периоде церебрального атеросклероза и гипертонической болезни, является постепенное волнообразное их течение. У больных, несмотря на характерную психическую ригидность, длительное время остаются компенсаторные возможности за счет сохранных сторон психики, что может служить одним из ориентиров для экспертного заключения. Больные не утрачивают практическую ориентировку, придерживаются своих прежних социальных установок. Они осмысливают наступившие у них изменения психики, стремятся по возможности маскировать свою несостоятельность. Их поведение остается целенаправленным, а совершаемые ими гражданские акты отражают критическое осмысление реальной конкретной ситуации и способность прогнозирования

последствий своих действий. Это и определяет экспертное решение о возможности таких больных понимать значение своих действий и руководить ими и об отсутствии показаний к назначению опеки.

Вторую группу составляют больные с характерной для цереброваскулярных расстройств сосудистой деменцией. Этот специфический для сосудистой патологии лакунарный тип слабоумия формируется либо постепенно, когда начальные проявления сосудистого процесса переходят в деменцию, либо остро, после нарушений мозгового кровообращения в виде инсульта или транзиторных расстройств мозгового кровообращения (гипертонические кризы).

Сосудистая деменция характеризуется прогрессирующим замедлением и затруднением всех психических процессов. Нарушения памяти касаются процессов запоминания, фиксации: ослабление избирательной репродукции проявляется в затруднении воспроизведения необходимого в данный момент материала, хронологии событий, дат, отдельных имен и понятий, а также сведений из личного опыта, что сочетается с нарушениями ориентировки во времени (при относительной сохранности алло– и аутопсихической ориентировки). У больных значительно ограничен объем внимания, страдает качество восприятия, они улавливают лишь частные детали, не воспринимая ситуации в целом. Замедленность темпа психических процессов, торпидность мышления, склонность к детализации сочетаются со снижением психической активности, слабостью суждений. Нарушения критики, неспособность целостного осмысления ситуации маскируются пониманием отдельных конкретных обстоятельств. При общем нивелировании индивидуальности отмечается заострение отдельных характерологических особенностей.

Нередко течение носит волнообразный характер с периодами относительной стабилизации или мерцания симптоматики. В последующем, с углублением психических расстройств клиническая картина характеризуется стойкостью и малой динамичностью. Истинную глубину психических расстройств отражает нарастающая дезадаптация с нарушением адекватных межличностных отношений и поведения.

Отмеченные клинико-социальные характеристики определяют экспертную тактику в отношении лиц с интеллектуально-мнестическими расстройствами при сосудистой патологии, предусматривающую динамическое наблюдение в условиях стационара, которое позволяет выявить характерное снижение психического уровня за внешне сохранным фасадом.

Такие больные не могут понимать значение своих действий или руководить ими и нуждаются в опеке.

При органических расстройствах личности в связи с травмой головного мозга на экспертизу чаще всего направляются больные с отдаленными последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы. При этом принцип подхода к обоснованию критериев неспособности понимать значение своих действий и руководить ими и назначения опеки остается тем же. Основное значение имеет клинико-социальный прогноз. У больных преобладают полиморфные церебрастенические расстройства, психопатоподобные нарушения с эксплозивностью, склонностью к колебаниям настроения по типу дистимий и дисфорий. Часто отмечающаяся у этих больных склонность к злоупотреблению алкоголем и психоактивными веществами приводит к резкому утяжелению их состояния и нарушению социальной адаптации. Гиперестетичность, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, лабильность вегетативной системы в сочетании с характерной эмоциональной неустойчивостью, повышенной возбудимостью и обидчивостью определяют у больных возможность возникновения в субъективно сложных психотравмирующих ситуациях состояний обострения или декомпенсации. На фоне заострения личностных особенностей, чаще всего психопатоподобных со склонностью к истерическим формам реагирования, у больных нарастает эмоциональное напряжение, аффективные реакции приобретают грубый брутальный характер. Возможно развитие депрессивных, депрессивно-ипохондрических и паранойяльных реакций, сопровождающихся утяжелением всех компонентов психоорганического синдрома. Повышенная утомляемость, трудности запоминания и репродукции при усилении эмоциональных расстройств в некоторых случаях сочетаются с нарушением критических способностей. На временный, обратимый характер этих расстройств указывают непосредственная связь их развития с конкретной психогенией, ундулирующая выраженность интеллектуально-мнестических нарушений в зависимости от эмоционального состояния больного, что отражается и на результатах экспериментально-психологического обследования. При обратном развитии эмоционально-волевых нарушений обнаруживаются истинная глубина интеллектуально-мнестических расстройств, степень осмысления и критической оценки ситуации, а также стабилизации психического состояния. Тенденция к учащению состояний декомпенсации является одним из предикторов неблагоприятного прогноза. В подобных наблюдениях имеют

место пролонгированные, часто неразрешимые субъективно значимые психогенно-травмирующие ситуации. При этом учащение состояний декомпенсации сопровождается усложнением психопатологической симптоматики с фиксацией первоначальных форм реагирования, что сопровождается снижением компенсаторных возможностей с последующим углублением интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых расстройств. Паранойяльные или депрессивно-ипохондрические реакции в некоторых случаях оказываются начальным этапом соответствующего (паранойяльного, ипохондрического) патологического развития личности. Неблагоприятная прогредиентная динамика отмечается также при присоединении сосудистой патологии, повторных черепно-мозговых травм и других экзогенно-органических вредностей. Для психопатологической квалификации расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы основополагающим фактором является структура синдрома, которая отражает предшествующее течение и определяет прогноз.

Констатация временного состояния декомпенсации органически обусловленной психопатологической симптоматики или постоянного характера нарушений и неглубокой степени их выраженности лежит в основе экспертных решений о способности лица понимать значение своих действий и руководить ими и учреждении опеки.

Сформировавшиеся при неблагоприятной динамике стойкие эмоционально-волевые и интеллектуально-мнестические расстройства с нарушением способности критической оценки своего состояния и прогнозирования последствий своего правового поведения соответствуют интеллектуальному и волевому компонентам юридического критерия ст. 29 ГК РФ.

При умственной отсталости (врожденной или приобретенной в раннем детстве – до 3 лет) вопрос о применении ст. 29 ГК РФ представляет наибольшие трудности при ее легкой степени. Уровень развития этих больных отражает изначальную степень общего недоразвития, большинство из них, не справляясь с общеобразовательной программой, обучаются в специальных школах, получают начальное образование, направленное также на приобретение практических навыков и развитие компенсаторных возможностей. При недостаточном словарном запасе, часто неправильном смысловом употреблении слов и таких дефектах, как дизартрия, косноязычие, больным доступна фразовая речь. Они способны изложить свои жалобы и проблемы, связанные с конкретной ситуацией. Такие больные поддерживают межличностные отношения, они трудоустроены, справляются с

малоквалифицированной работой и семейными обязанностями. Однако отмечаемые у них некоторая неполноценность когнитивной деятельности, тугоподвижность мышления с преобладанием конкретных ассоциаций, повышенная внушаемость и недостаточная дифференцированность эмоциональных реакций при различной степени адаптации определяют трудности обоснования экспертных решений по применению ст. 29 ГК РФ. Основополагающими в этом случае являются установление способности целостного критического осмысления ситуации, а не только отдельных конкретных ее сторон; возможности прогнозирования последствий своих поступков; фактической социальной адаптации; модуса социального поведения в соответствии с требованиями, предъявляемыми средой, культуральными традициями и нормами. В некоторых случаях в отношении больных с умственной отсталостью ставится вопрос об отмене ранее учрежденной опеки. Это касается лиц, у которых с возрастом при положительной эволютивной динамике в процессе обучения и проведения адекватных лечебно-коррекционных мероприятий проявления недоразвития становятся менее выраженными. У них отмечается постепенное улучшение интеллектуальных функций с возможностью усвоения адаптированных образовательных программ. Они способны к самостоятельному проживанию, практической работе, достаточно активны и мобильны.

Судебно-психиатрическая и комплексная психолого-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших имущественные сделки

При рассмотрении дел о признании сделки недействительной назначение и проведение судебно-психиатрической или комплексной психолого-психиатрической экспертизы правомерно (ст. 78 ГПК РФ). В экспертной практике часто встречаются дела по оспариванию следующих сделок: купля-продажа, дарственная, доверенность, завещание, обмен жилья и т. п. Исходя из правового определения, сделка – акт осознанного, целенаправленного волевого действия физического лица, совершая которую оно стремится к достижению определенных правовых последствий. Сущность сделки составляют воля и волеизъявление сторон. Волевые процессы регулируют поведение субъекта, осуществляют саморегуляцию, самоконтроль, способность сознавать свою деятельность. Волеизъявление – важнейший элемент сделки, с которым, как правило, связываются

ее юридические последствия. Безусловно, свободное волеизъявление может быть нарушено различными причинами как психологического, так и психопатологического свойства. Поэтому при решении вопроса сделкоспособности целесообразно проведение комплексной психолого-психиатрической экспертизы, которая позволяет не только определить психическое расстройство, но и более полно и качественно исследовать личность, ее индивидуально-психологические особенности, затрагивающие мотивационную и эмоционально-волевую сферы, сохранность которых в условиях сделки способствует свободному волеизъявлению.

Способность понимать значение своих действий и руководить ими
Интеллектуальный компонент (осознание)
Волевой компонент (регуляция)
– Понимание фактической стороны сделки
– Понимание юридически-правовой ситуации
– Прогноз правовых последствий сделки
– Критичность
– Мотивация совершения сделки
– Способность к саморегуляции и произвольности поведения
– Процесс принятия решения (способность к самостоятельному принятию решения)
– Реализация решения

Рис. 1. Юридический критерий сделкоспособности (ст. 177 ГК РФ)

В ст. 177 ГК РФ указано, что сделка, совершенная гражданином хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не мог понимать значение своих действий или руководить ими, признается судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения. К числу оспоримых сделок также относятся сделки с пороками воли, т. е. совершенные под влиянием заблуждения, обмана, насилия, угрозы (ст. ст. 178, 179 ГК РФ). В ст. 177 ГК РФ не сформулирован медицинский критерий

несделкоспособности, оценки требует «такое состояние» в момент совершения сделки – более широкий предмет исследования, предполагающий оценку не только психического, но и психологического или какого-либо иного состояния в момент совершения сделки, в том числе состояния опьянения или запоя. В то же время для признания сделки недействительной необходимо, чтобы понятие «такое состояние» соответствовало критерию «не способен понимать значение своих действий или руководить ими», который условно можно разделить на интеллектуальный и волевой компоненты. Содержательную характеристику юридического критерия можно представить следующим образом (рис. 1).

В качестве содержания критерия «такое состояние» следует понимать психическое состояние в юридически значимой ситуации сделки, которое определяется результирующей совокупностью клинических, психологических, социальных и ситуационных факторов. Модель медицинского критерия несделкоспособности можно представить в виде хронического психического расстройства и временного психического расстройства. Хроническое психическое расстройство подразумевает выраженные изменения психики вне зависимости от нозологии (шизофрения, органические психические расстройства и др.) в виде грубых эмоционально-волевых расстройств, грубых негативно-личностных изменений, нарушений критических и прогностических функций в сочетании со снижением социального функционирования. Следует подчеркнуть, что эти психические расстройства неизбежно окажут влияние на поведение лица в юридически значимой ситуации вне зависимости от конкретных обстоятельств заключения сделки.

Критерий временных психических расстройств включает состояния декомпенсации, обострения имевшихся до сделки психических расстройств или появившихся непосредственно в период сделки на фоне различных неблагополучных факторов (соматогении, психогении) психопатологических состояний (депрессии, нарушения сознания), которые нарушают осознание и регуляцию своих действий, лишая способности понимать значение своих действий и руководить ими.

В тех случаях, когда речь идет о выраженных психических расстройствах, экспертиза может быть однородной судебно-психиатрической, однако в тех случаях, когда требуется оценить психическое состояние, ограниченное пограничными психическими расстройствами, в определенной психогенно-травмирующей ситуации, с учетом индивидуально-психологических особенностей, целесообразно назначать

комплексную психолого-психиатрическую экспертизу.

Комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы в рамках Семейного кодекса

Цель Семейного кодекса – установление таких правовых условий, которые в максимальной степени будут способствовать укреплению семьи и защите всех ее членов: равенство и равноправие супругов, разрешение внутрисемейных вопросов по взаимному согласию, приоритетность воспитания детей в семье. При этом важнейшим принципом нового семейного законодательства является положение о том, что ребенок выступает самостоятельным субъектом права. В связи с этой нормой правовое положение ребенка в семье определяется с точки зрения интересов ребенка, а не прав и обязанностей родителей.

Судебные споры, возникающие вследствие нарушения семейно-брачных отношений, относятся к таким гражданским делам, в которых соответствующие основания ненадлежащего исполнения родителями своих обязанностей, ограничения родительских прав, оставление ребенка после расторжения брака (выбор родителей, место проживания) имеют как психологическое содержание, так и могут определяться особенностями психического состояния родителей, наличием у них психического расстройства. Поэтому для квалифицированного разрешения этих гражданских споров необходимы специальные судебно-психологические и судебно-психиатрические исследования, которые возможны в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Назначение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы целесообразно при рассмотрении следующих категорий гражданских дел, связанных с защитой прав и интересов несовершеннолетних:

– о воспитании детей после расторжения брака между родителями (ст. 24 СК РФ);

– о месте проживания детей при раздельном жительстве родителей (ст. 65 СК РФ);

– об участии отдельно проживающего родителя в воспитании детей (ч. 2 ст. 66 СК РФ);

– об ограничении родительских прав (ст. 73 СК РФ), если пребывание ребенка с родителями опасно для него по не зависящим от родителей обстоятельствам, таким, как наличие у него психического расстройства.

Во всех этих категориях дел суд при рассмотрении спора руководствуется прежде всего интересами ребенка, целесообразностью пребывания его с одним из родителей, защитой физического и психического здоровья ребенка.

При спорах о праве на воспитание детей для вынесения правильного решения суд должен выяснить целый ряд обстоятельств, которые можно определить только с помощью комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. К этим обстоятельствам, которые определяют предмет комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, относятся:

– особенности психического состояния ребенка до семейного конфликта и изменение его в процессе конфликта;

– особенности психического (психологического) возрастного развития ребенка и связь его с семейным конфликтом;

– индивидуально-психологические особенности родителей, оказавшие влияние на психическое состояние и развитие ребенка;

– психические расстройства (аномалии развития) родителей, оказывающие влияние на психическое состояние и развитие ребенка;

– оценка привязанности ребенка к родителям с учетом его возраста.

Семейный кодекс Российской Федерации строго регламентирует права и обязанности родителей, в частности, ст. 65 СК РФ определяет, что родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания должны исключить пренебрежительное, жесткое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей. Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам ребенка, могут быть лишены или ограничены в правах (ст. ст. 69, 73 СК РФ).

Норма ограничения родительских прав (ст. 73 СК РФ) применяется в том случае, если оставление ребенка с родителями опасно для него по обстоятельствам, от родителей не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжелых обстоятельств).

Указанная правовая норма осуществляется только в порядке судебного разбирательства с участием прокурора и органа опеки и попечительства. В подобных случаях возможно назначение и проведение судебно-психиатрической экспертизы для диагностики того или иного психического расстройства у одного из родителей (как правило, матери) и определения степени опасности оставления ребенка с ней. В случаях если опасность пребывания ребенка с родителями связана с проявлениями

психического расстройства, не существует виновного поведения родителей.

К факторам риска, повышающим вероятность агрессивного поведения родителей в отношении их детей, следует отнести:

– наличие аффективно-насыщенных бредовых идей преследования, отношения, колдовства, воздействия, религиозного содержания с вовлечением в фабулу болезненных расстройств детей, которые, по мнению больных, также подвергались преследованию и воздействию;

– неправильное поведение в отношении детей, по своей мотивации связанное с защитой их от преследователей;

– выраженность стойких аномально-личностных расстройств, в том числе обусловленных социогенными факторами (депривация в детстве, отрицательная микросреда во взрослой жизни, алкоголизация).

Учет врачами-психиатрами факторов риска совершения агрессивных деяний и своевременное применение на этом этапе ограничения родительских прав являются важнейшими элементами предупреждения насилия в отношении детей со стороны родителей, страдающих психическими расстройствами.

Рекомендуемая литература

Дмитриева Т.Б., Харитонова Н.К., Иммерман К.Л., Королева Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. – М., 2003.

Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе (применительно к закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании») / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 1993.

Сахнова Т.В. Основы судебно-психологической экспертизы по гражданским делам. – М., 1997.

Яхимович Л.А. Особенности судебно-психиатрической экспертизы лиц позднего возраста в гражданском процессе: Методические рекомендации. —М., 1993.

В.А. Гурьева,
профессор, доктор медицинских наук
Е.В. Макушкин,
профессор, доктор медицинских наук

Введение в подростковую судебную психиатрию

Проблемы диагноза в психиатрии широко освещены в специальной литературе как в плане теории, так и в отношении практического применения. Вместе с тем до сих пор многие теоретические положения трактуются не только не однозначно, но и противоречиво, что нашло свое отражение в МКБ разных пересмотров и наибольшее – в МКБ-10. Мы полагаем, что для разработки международных классификаций необходимо предварительно достигать единства в понимании хотя бы основополагающих представлений о предмете, иначе предлагаемая систематика лишается своего основного предназначения – облегчать диагностику. Разные точки зрения, столь необходимые для периода развития учения о диагнозе, должны сохраниться в поисковых научных исследованиях, но не в документах, имеющих для практического врача значение «руководящих правил». В процессе развития учения о диагностике психических расстройств формировались разные направления: феноменологическое, синдромологическое и нозологическое (Крепелин Э.). Каждое из них имеет своих последователей и в настоящее время. Вместе с тем, признавая значимость синдромологического подхода к диагностике (особенно для подросткового возраста), необходимо подчеркнуть важность сохранения нозологического принципа и необходимость его совершенствования (в частности, в плане функционального диагноза).

К настоящему времени определены основные стадии нозологической диагностики:

1. Предварительный диагноз или формулирование «диагностической гипотезы» – стадия «диагноза узнавания»; «вероятностная диагностика», в которой основное значение имеют отдельные симптомы – «симптомы первого ранга» (по Шнайдеру К.), а по некоторым авторам, в частности, Х. Румке, даже интуиция – praecox Gefune.

2. Стадия дифференциальной диагностики (Ковалев В.В.) или выбора наиболее вероятной диагностической гипотезы.

3. Стадия нозологического диагноза – «исследовательский диагноз», по А.В. Снежневскому.

4. Стадия «клинической диагностики», или «клинико-нозологи-ческого диагноза», включающего констатацию «клинической формы и типа течения» (Василенко В.Х., Алексеев Г.И.).

5. Стадия «функционального диагноза», необходимого для решения задач терапии, социальной адаптации и социального прогноза.

Функциональный диагноз тесно связан с клинико-нозологическим и немыслим в отрыве от него. Понятие функционального диагноза, сформулированное в отечественной психиатрии Т.А. Гейером и Д.Е. Мелеховым и разрабатываемое наиболее интенсивно в последние 25 лет, после работ В.М. Воловика, по содержанию может быть различным, но, как правило, включает три аспекта: клинический, психологический и социальный. Только в функциональном диагнозе могут быть отражены индивидуальные особенности больного, его личностная характеристика, социальные установки, особенности реагирования до и после болезни и т. д. Особое значение функциональный «многомерный», «детальный», «структурный» диагноз имеет в подростковой психиатрии, в которой нозологическая диагностика отличается особыми трудностями. Такая диагностика является «ранней», очень часто первичной, сопряжена с необходимостью квалификации начальных стадий психических расстройств (инициальные, продромальные стадии, при шизофрении, стадии предболезни – преневротические и препсихопатические состояния), в которых имеют место нозологическая изоморфность симптоматики, ее психопатологическая незавершенность, преобладание преимущественных для возраста психопатологических форм и «поведенческих масок», нарушения психического развития, естественная или усугубленная болезнью психическая незрелость и пр. Основу диагностических подходов здесь должны составлять глубокие знания о возрастных закономерностях клиники психических расстройств и целостное представление о собственно возрастных привнесениях.

Как отмечала Г.Е. Сухарева еще в 1955–1959 гг., в основе возрастных различий клиники психических расстройств лежат:

1. Разная степень незаконченности психического развития (функциональное несовершенство).

2. Бурный темп психологического созревания.

3. Непрерывность и неравномерность развития.

Эти положения должны быть определяющими и в настоящее

время.

Они свидетельствуют прежде всего о важности учета уровня психического развития, зависящего не только от возраста, но и от многообразных вредных воздействий как биологического, так и социально-психологического характера.

Не менее важным представляется и понимание того, что детский и подростковый возрасты являются не статикой, а динамикой («эволюционный принцип», по Джексону Х.), что основой понимания психической патологии в эти периоды является «идея развития», значение которой впервые было замечено Г. Мадсли. Соответственно при анализе психических расстройств у подростков необходимо учитывать нарушения развития (дизонтогенез). Нельзя не вспомнить при этом о понятии «своевременность развития», предложенном в свое время Э. Кречмером, Л.С. Выготским и Х. Хоффом. Они писали, что каждая функция формируется в свое время, и нарушение этого правила хотя бы в отношении одной из них приводит к психической дисгармонии, диссоциации. Интересную мысль высказал Айзенберг. По его мнению, самостоятельной причиной аномального психического развития может явиться нарушение адаптации ребенка (подростка) к появляющимся у него слишком многочисленным возрастным изменениям психики. По Р. Тёлле, клиническое оформление психических расстройств в виде преимущественных для возраста синдромов зависит от типа возрастного реагирования нервной системы, а также особенностей социальной адаптации, показателем которых являются так называемые внутренние моральные стандарты. Так, Л. Кольберг выделил 3 главных уровня формирования морали:

1. «Доморальный», когда дети (до 7 лет) ориентируются не на этические принципы, а на возможные поощрения или наказания.

2. Уровень «конвенциальной морали», когда ребенок следует тому, что одобряется окружающими (до 10–11 лет).

3. Уровень «автономной морали» – самостоятельность выработанных моральных принципов (период пубертата).

Эти данные могут быть использованы как модель для понимания возрастных параметров социализации. Такой же моделью должна служить возрастная периодизация. Стремлением выявить специфику нормального развития, возрастной психической патологии и ее причины пронизаны многочисленные работы психологов и психиатров последних десятилетий.

Характерными для детского и подросткового возрастов являются особенности нервно-психического реагирования на разных этапах онтогенеза, уточненные В.В. Ковалевым. В разные возрастные периоды диагностическую значимость имеют разные

психопатологические проявления. Так, на этапе преимущественно соматовегетативного уровня реагирования (первые 2–3 года жизни) – расстройства вегетативных функций (нарушения сна, аппетита, пищеварения). Нарушения инстинктов (влечения, страх новизны, боязнь контактов с «новыми» людьми) наблюдаются чаще при раннем детском аутизме, шизофрении. На этапе психомоторного уровня реагирования основное диагностическое значение приобретают расстройства психомоторики (двигательная расторможенность, например, на фоне резидуально-органических состояний). При аффективном типе реагирования преобладают аффективные расстройства. При эмоционально-идеаторном уровне реагирования, характерном для подросткового возраста, основное диагностическое значение наряду с аффективными растройствами получают сверхценные и идеаторно-навязчивые расстройства (дисморфофобии, анорексия, патологические интересы и увлечения). Они наиболее характерны для пограничных расстройств, но встречаются и при любых нозологических формах.

Таким образом, очевидно, что возрастная специфика психических расстройств не исчерпывается сугубо клиническими проявлениями, но обязательно включает признаки нарушенного развития – психического, личностного, психологического, психосексуального, социально-психологического, социального, а также характер протекания пубертатного криза, соматического созревания. Имеют значение эти показатели и сами по себе, и то, как они преломляются в психопатологии.

Попытаемся в некоторой мере раскрыть наше представление о значении нарушений развития для диагностики. Мы согласны с точкой зрения Д.Лангена, утверждающего, что теория дизонтогенеза имеет «эпохальное значение» для понимания специфики подростковой клиники, а следовательно, для диагностики и для построения функционального диагноза. С понятием дизонтогенеза связана одна из самых главных концепций детской психиатрии, согласно которой любое психическое расстройство у детей вызывает временное или стойкое искажение онтогенетического развития, но протекает в условиях продолжающегося созревания. Эта концепция Л.С. Выготского – ключевая для возрастной психологии и психиатрии. В то же время дизонтогенез часто является патологической почвой, облегчающей возникновение психических расстройств. Нарушения развития имеют свое клиническое выражение. Это тотальные или парциальные, временные или стойкие проявления дизонтогенеза (олигофрении, детский аутизм Каннера и Аспергера, инфантилизм, задержки и аномалии развития) в

рамках психопатий и психопатоподобных состояний и пр. По существу, речь идет о развитии с психическим дефектом, который может проявляться самостоятельно или входить в структуру более сложных клинических форм, видоизменяя их. Дизонтогенез у детей может возникать не только под влиянием грубых структурных нарушений головного мозга, но и в результате социальных и психогенных факторов (сверхсильные стрессы, длительные аффективные истощения, тяжелые депривации).

Наиболее популярна в отечественной детской психиатрии классификация дизонтогенеза Г.Е. Сухаревой: это задержанное, искаженное и поврежденное развитие. Существует классификация, в которой проводятся прямые корреляции между типом дизонтогенеза и нозологической формой: необратимое недоразвитие (умственная отсталость) при олигофрении; дисгармоническое развитие при психопатиях, регрессирующее развитие при дегенеративных и текущих органических заболеваниях центральной нервной системы; альтернирующий тип при асинхрониях развития, диссоциированное развитие при шизофрении, социогенный дизонтогенез при длительных, тяжелых депривациях (Статте Х., Лебединский В.В.). При этом в меньшей части случаев нозологическая форма исчерпывается симптоматикой дизонтогенеза, чаще же она сосуществует с основной симптоматикой заболевания. Так, олигофрения, по сути, отражает симптоматику дизонтогенеза. Все остальные виды дизонтогенеза (задержанное развитие или его задержки, диссоциации и пр.) участвуют в формировании клинических картин при разных нозологических формах, но не исчерпывают их и, как правило, не являются облигатной симптоматикой.

Изложенные данные свидетельствуют о том, что одной из основных возрастных особенностей функционального диагноза в подростковом возрасте является учет нарушений развития. В МКБ-10 это раскрыто далеко не полностью.

Центральное место среди показателей возрастной подростковой специфики, нуждающейся в диагностической квалификации, занимает пубертатный криз, охватывающий весь подростковый период (12–18 ле т). По мнению Д. Оудсхорна, понятие «пубертат» акцентирует наше внимание на физиологическом созревании, а термин «подростковый возраст» – на психологических и социокультуральных изменениях. На практике же эти понятия оказались взаимозаменяемыми.

Начало изучения этой возрастной фазы связывают в психиатрии с именем К. Кальбаума, в психологии – С. Холла, в развитии юношеской психиатрии – А. Геззелла. Важным обстоятельством является единодушие указанных авторов, во-

первых, в понимании значения этого периода для клиники психических расстройств, если он носит характер «криза», во-вторых, в утверждении, что пубертатный криз является моделью, вокруг которой в подростковом возрасте формируется диагноз.

В настоящее время большинство психиатров признают, что пубертатный период – это наиболее значимый возрастной криз и даже при отсутствии психических расстройств он протекает критически, что означает крайнюю неравномерность развития, хрупкость психики, высокую реактивность и чувствительность к вредным влияниям. Об этом свидетельствует частота психических расстройств в данном возрасте, личностных, психических и поведенческих нарушений.

Одним из центральных является вопрос о содержании понятия «пубертатный криз». Необходимость его анализа связана с тем, что в последнее время пубертатный период нередко трактуется как «психосоциальный криз» или только как половое созревание. Необходимо отметить, что пубертатный период – это не аморфное статическое состояние, а сугубо динамическое, процесс адолесценции (дозревания), в котором имеются этапность и содержание. Из двух основных процессов созревания (физиологического и психологического) складывается основное содержание пубертатного периода. Эти процессы рассматриваются в тесном динамическом единстве, хотя каждый из них сохраняет известную автономию и неравномерность по форме, функциям, клиническому и социальному значениям. Физиологическое созревание включает в себя наряду с половым метаморфозом дозревание центральной нервной системы, становление биологического и физиологического гомеостаза, системы гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников – половые железы, нейрогуморальной регуляции. Физиологические процессы, лежащие в основе психического созревания, должны учитываться при возрастной периодизации нормального пубертатного развития. Психологическое развитие заканчивается после полового, а социальное – завершает процесс созревания в целом. Обращает на себя внимание, что ко времени формального окончания подросткового возраста (17 лет) выработанные моральные принципы и самостоятельность в выборе решения обнаружены лишь у 10 % подростков.

Анализ литературы и собственные наблюдения позволяют заметить, что показатели биологического созревания более устойчивы и далеко не всегда изменяются при психической патологии. Неоправданность отнесения верхней границы пубертата к 15 годам подчеркивалась неоднократно. Наиболее образно об этом сказал М.Т. Хаслам: «Если учесть, что 14–15-

летний возраст в норме соответствует «пику» пубертата, то отнесение верхней границы к этому периоду означает «разрезание пополам» этого важного периода, а следовательно, неоправданно нарушает представление об этом периоде и преемственность во врачебном ведении таких больных, их лечении и организации режима содержания».

Данные современной нейроморфологии о незаконченности созревания мозговых структур (особенно лобных) к 13-летнему возрасту (Смирнов Г.Д., Селецкий А.И.) и нейроэндокринной регуляции к 17-летнему свидетельствуют о сложности и биологической детерминированности становления основных психических функций. Благодаря работам М. Блейлера стало известно, что выделенный им психоэндокринный синдром может быть выражением временных возрастных эндокринопатических нарушений, а это, как известно (Статте Х.), возникает нередко на высоте пубертата, его асинхрониях, бурном созревании. Данный синдром также близок к экзогенному типу реакции и похож на психоорганический, а иногда клинически не отличим от него. Следовательно, появление этого синдрома (аффективные и астенические нарушения) не всегда означает возникновение стойких эндокринных или органических заболеваний, а может быть выражением функциональной временной дисфункции, в частности возрастной.

Существует достаточно данных литературы о частоте преходящих эндокринопатий в период пубертата, отражающих не эндокринные заболевания, а кризис роста, критический характер созревания. Речь идет о юношеской акромегалоидности, дистиреозе, гипофизарно-надпочечниковой недостаточности в виде проявлений несахарного диабета, кушингоидизма, гинекомастии, ожирения, исхудания и пр. В результате временного ослабления коркового контроля над высшими вегетативными функциями при критическом протекании пубертата нередко наблюдаются преходящая гипертензия, склонность к коллаптоидным реакциям, расстройства терморегуляции, мигренозноподобные головные боли. Приведенные данные свидетельствуют о многогранности физиологического созревания, не исчерпывающегося лишь становлением генеративных функций, о неравномерности этого процесса, его критическом характере, возможности сближения проявлений, отражающих кризис роста, с патологическими изменениями. В публикациях прослеживается тенденция к разобщенному изучению биологической основы пубертатного криза и психологического созревания. Обобщение результатов многих исследований и собственных наблюдений позволяет

увидеть важные общие закономерности клиники этого периода, свидетельствующие о взаимосвязи пубертатной психопатологии с нормальной кризисной подростковой психологией, а следовательно, о хрупкости границ между здоровьем и болезнью.

Вопрос о тесноте связей нормального и патологического, границах-переходах (Кербиков О.В.) возвращает нас к теории Э. Кречмера, к понятию континуума. Это оправдывает попытку включения выделенных психопатологических симптомов в существующую систему пограничных нервно-психических расстройств.

Для понимания клинического оформления психических расстройств исключительное значение имеют психологическое содержание пубертата, понятие пубертатной психологии применительно к норме и патологии.

Начиная с Х. Хомбургера, резко выраженные психологические особенности подростков стали обозначать как «подростковый комплекс». В это понятие включают такие особенности, как беспокойство, тревога, склонность к резким колебаниям настроения, меланхолии, импульсивность, негативизм, конфликтность, противоречивость чувств, агрессивность (Бюлер Ч., Геззел А.); сензитивность – чувствительность к оценке другими своей внешности, силы, способностей, умений в сочетании с излишней самоуверенностью, чрезмерным критиканством, пренебрежением к суждениям взрослых (Геззел А., Личко А.Е.); сочетание чувствительности с поразительной черствостью, болезненной застенчивости – с нагловатостью, жажды признания – с бравированием независимостью, отказа от общепринятых правил – с обожествлением случайных кумиров, чувственного фантазирования – с сухим мудрствованием (Сухарева Г.Е., Личко А.Е.). Сюда следует добавить также циклоидность и шизоидность в разных фазах пубертата (Конрад К.), стремление к философским обобщениям, внутреннюю противоречивость психики, неопределенность уровня притязаний, склонность к крайним позициям (Левин К.), эгоцентризм юношеского мышления, тяготение к теоретизированию (Пиаже Ж.), диффузное расплывчатое Я, ролевую личностную неопределенность, расстройство временной перспективы, «кризис идентичности» (Эриксон Э.), стремление к освобождению от детской зависимости (Шпрангер Е.), непереносимость опеки, оппозиционную готовность, максимализм в оценках, многообразие переживаний, связанных с пробуждающейся сексуальностью, немотивированные колебания настроения (Лебединский К.).

Образное описание психики подростка было дано в свое

время П.Б. Ганнушкиным: «Естественный и здоровый протест подростков против часто злоупотребляющих своим авторитетом старших вырастает в бессмысленное упрямство и нелепое противодействие всякому разумному совету. Развиваются заносчивость и самоуверенность. Сдвиг в моторике делает подростка неуклюжим и создает у него одновременно ощущение растущей силы и чувства недовольства собой. Наличие только что пробудившихся новых влечений при отсутствии еще вводящего их в определенные границы серьезного содержания, страстное искание признания собственной значительности и зрелости при возможности этого добиться – все это побуждает юношу ставить себе цели явно недостижимые, заставляющие его казаться больше, чем он есть, и придает его мимике и жестам оттенок напыщенности и театральности».

Большое значение имеют особенности формирования социализации личности. Так, в младшем подростковом возрасте (12–14 лет) появляются недоверчивость и критичность, безжалостное обличение лицемерия и неискренности взрослых в тех случаях, когда они говорят одно, а делают другое. В ходе отношений, складывающихся со взрослыми, легко теряется уверенность в прочности своего положения. Важную роль в социализации могут играть 3 аномальных механизма:

1. Фиксация уровня морали, системы социальных ценностей и модуса поведения родителей.
2. Фиксация устойчивого негативного отношения к родителям.
3. Фиксация, усиление и патологизация в подростковом возрасте детской привязанности к родителям или полное ее исчезновение.

Сочетание аномального отношения к родителям с неправильным отношением родителей к ребенку может явиться основой не только для нарушения социализации, но и для возникновения специфически возрастной психической патологии (анаклитическая депрессия, депрессия, связанная с сиблинговым соперничеством, формирование сверхценного комплекса собственной неполноценности и соответствующих изменений личности).

При установлении диагноза необходим анализ характера протекания пубертатного криза. Роль пубертатного криза в развитии психической патологии может быть различной – от преципитирующей (т. е. подталкивающей развитие болезни, начавшейся еще в детстве), патопластической до причинной, этиопатогенетической. Несмотря на то что значение пубертатного криза для клиники психических расстройств подчеркивается

большинством ведущих психиатров, его место в международных классификациях болезней пока не определено. В МКБ-10 понятие патологического пубертатного криза также отсутствует. Тем самым не учитывается один из важнейших механизмов возрастной специфики клиники психических расстройств, один из кардинальных показателей подростковой диагностики.

Среди многочисленных группировок аномального протекания пубертатного криза выделим три, как наиболее существенные.

В 1967 г. Э. Кречмер выделил 3 варианта пубертатного криза в виде неравномерного созревания; аномальной пубертатной трансформации с выявлением слабостей, обусловленных наследственными, органическими или вредными педагогическими влияниями; гебоидной пубертатной трансформации, не входящей в круг шизофрении.

Систематика Д. Лангена включает 6 типов пубертатного криза:

1. Кризовое пубертатное развитие под воздействием средовых влияний.

2. Карикатурное пубертатное развитие с нарушением полового созревания.

3. Пубертатные кризы из-за психологических конфликтов между возможностями и требованиями (отставание в умственном развитии).

4. Пубертатные кризы как следствие органических поражений.

5. Пубертатные расстройства личности.

6. Начало шизофрении с симптомами пубертатного криза.

Мы предложили несколько иной подход к группировке состояний, связанных с аномальным протеканием пубертатного криза, и выделили 3 варианта, указав при этом, что нарушения в характере протекания пубертатного криза могут проявляться как психическая патология.

1. «Психологический криз созревания», который исчерпывается только количественным увеличением присущих этому возрасту психологических особенностей и противоречий, отличается парциальностью отклонений, диспропорциями психического созревания. Вместе с тем симптоматика психологического криза созревания может достигать патологического уровня (например, при гебоидных состояниях). При этом отмечаются:

а) утрированное, карикатурное и труднокорригируемое стремление к самоутверждению, чаще по механизмам псевдокомпенсации;

б) искажение подростковой эмоциональности, вплоть до

степени психоэстетической пропорции (по Кречмеру) в виде сочетания сензитивности с черствостью и жестокостью;

в) оппозиционность, вплоть до враждебности;

г) крайне непримиримый максимализм в оценках и решениях;

д) тенденция к образованию моноидеистических комплексов, сверхценный характер увлечений, поиск абсолютных истин и сверхидеалов;

е) склонность к патологическому индуцированию;

ж) упорная склонность к рефлексии.

2. «Дисгармонический пубертатный криз» исчерпывается личностными нарушениями по психопатическому и психопатоподобному типам. Соответственно психологический криз созревания здесь выражен более значительно, как и нарушения поведения (вплоть до делинквентных форм), и личностные (патохарактерологические, психопатические) реакции, и социальная дезадаптация.

3. «Патологический пубертатный криз» включает психические расстройства личностного регистра в виде пубертатной психопатологии (патологические фантазии, сверхценности, невротические и неврозоподобные синдромы, аффективные нарушения, расстройства влечений, гебоидные состояния). При этом симптоматика второго варианта тоже имеет место, но носит факультативный характер. Выделение состояний, протекающих как патологический пубертатный криз, принципиально важно и для более полного понимания возрастной динамики разных нозологических форм, и для уточнения роли пубертатного криза в генезе психических расстройств, и для решения правовых вопросов. Подростки чаще, чем взрослые, экскульпируются (освобождаются от уголовной ответственности), что связано с частотой патологического протекания пубертатного криза, наличием задержек развития, диссоциированного созревания с массивностью психопатоподобных нарушений, т. е. всех тех расстройств, которые составляют возрастную специфику и экспертная оценка которых осуществляется по степени выраженности.

Понятие патологического пубертатного криза в психиатрии впервые было клинически очерчено К. Кальбаумом в его учении о гебоидофрении. Основная идея этого учения состояла в выявлении тесной зависимости возникновения гебоидофрении и ее клинического оформления от пубертатного криза (возрастного фактора) и установлении связи между искаженным психическим развитием и появлением таких своеобразных психических расстройств, которые «не сравнимы ни с одной из известных

форм психических заболеваний». Из трех вариантов гебоидофрении гебоиды были выделены в качестве самостоятельного патологического состояния юношеского возраста. В настоящее время возможность существования гебоидных состояний вне рамок шизофрении признана многими психиатрами, как и положение об их поли-этиологичности. Таким образом, патологический пубертатный криз может выступать в двух вариантах:

1. Гебоидные состояния.

2. Собственно патологический пубертатный криз. Психопатологическая структура гебоидных состояний вариабельна сама по себе и в зависимости от нозологической принадлежности.

Самая простая дихотомическая группировка состоит из двух вариантов: «простые» и «сложные» гебоиды. Обобщенная характеристика простых гебоидов представлена карикатурно-утрированными психологическими проявлениями искаженного пубертатного криза, астеническим симптомокомплексом, эмоциональной извращенностью и нарушениями влечений. Клиническая картина гебоидов включает выраженный инфантильный эгоцентризм, гротескное стремление к самоутверждению с грубой оппозицией к окружающему, полное игнорирование нравственных норм и ценностей, изощренную жестокость с садистскими компонентами, отсутствие чувства жалости и сострадания («моральный дальтонизм», по Сухановой С.А.), склонность к импульсивной агрессии, отсутствие чувства долга, ответственности, интереса к продуктивной положительной деятельности при усиленном патологическом интересе ко всему, что связано с насилием, кровавыми расправами, убийствами, истязанием. К этому же ряду относятся нарушения поведения, отражающие все эти особенности психики, расторможенность влечений, примитивная гедонистическая мотивация своих действий, стремление к немедленной реализации поступков, что и определяет частоту общественно опасных действий и выделение понятия «криминальный гебоид» (Риндеркнехт Г.).

Сексуальная расторможенность у гебоидов бывает выражена очень интенсивно и нередко сопряжена со своеобразной охваченностью сексуальными переживаниями. Однако чаще речь идет не о повышенном сексуальном влечении, а о каких-то иных механизмах по типу нарушения волевых функций или так называемого инфантильного коллекционирования партнеров (Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я.), сверхценного стремления к самоутверждению, жажды власти (Гурьева В.А.). Такой тип сексуального поведения особенно характерен для лиц женского

пола и нередко является преобладающим в клинической картине.

Характерные для гебоидов нарушения влечений касаются не только сексуальной сферы, они являются полиморфными (дромомания, пиромания, ранний алкоголизм и наркомания). В клинической картине гебоидных состояний отмечается большой удельный вес аффективных расстройств в виде вспышек злобного аффекта, которые в части случаев оформляются по типу «короткого замыкания», а также аутохтонных расстройств настроения (укороченных аффективных фаз) – по типу дисфорических депрессий. А.Е. Личко выделяет также тип аффективного гебоида, при котором все нарушения развертываются на фоне легкого гипоманиакального состояния с расторможенностью либо субдепрессии со злобностью или склонностью к алкоголизации.

В структуре сложных гебоидов облигатные проявления сочетаются с собственно подростковой психопатологией, которая, оставаясь по содержанию возрастной, приобретает характеристики той нозологии, в рамках которой возникают гебоидные состояния. Основным психопатологическим расстройством при этом являются патологические сверхценные образования, достигающие в части случаев (при патологических развитиях, шизофрении) характера мировоззрения (мизантропия, абсолютный приоритет убийцы, разрушителя) и определяющие поведение гебоидов. Содержание разнообразных сверхценностей отражает основные гебоидные расстройства и находит свою разработку в патологических образных аутистических агрессивно-садистских фантазиях, отношение к которым также оказывается сверхценным, в обильных рисунках, инфантильных схемах «уничтожения противника», в педантичном подсчете «убитых в каждом бою».

В наиболее очерченном виде гебоидные состояния чаще все же наблюдаются при юношеской шизофрении. Диагностическое значение при этом имеют следующие признаки: отвлеченность, вычурность, аутистичность, стереотипность фантазий; неадекватность и безмотивность агрессивных поступков, постепенная нивелировка личностных особенностей и явлений психологического криза с нарастанием негативных изменений личности; падение психической продуктивности, выраженная сексуальная распущенность без признаков усиленного влечения, грубые расстройства критических способностей; определенный спектр аффективных расстройств в виде дисфорической, сенестопатической и ипохондрической депрессий (Наджаров Р.А.), аутистической или ипохондрической депрессии с претенциозной нелепой экспансивностью (Кречмер В.).

Основное место в клинической картине собственно патологического пубертатного криза занимают пубертатные психопатологические личностные синдромы, а также утрированные проявления психологического криза созревания, но отсутствуют такие кардинальные для гебоидов расстройства, как анэтический симптомокомплекс с диссоциированной эмоциональностью, вычурная жестокость, выраженность садистского компонента влечений, отчетливая шизоформность расстройств, эндогенная окраска астенической юношеской несостоятельности. Среди аффективных расстройств преобладают астеническая и дисфорическая депрессии, но последняя обычно не достигает психотического уровня.

Патологический пубертатный криз чаще всего возникает как возрастной этап в динамике разных психических заболеваний и состояний. Достоверно реже патологический пубертатный криз возникает вне рамок какого-либо психического заболевания как самостоятельное патологическое состояние (6 % наблюдений).

Выражением искаженного психосоциального развития личности и его облигатным признаком являются нарушения поведения. В связи с этим девиации поведения у детей и подростков следует оценивать в рамках функционального диагноза для выбора адекватных мер профилактического и реабилитационного характера. Это особенно важно потому, что нарушения поведения часто оказываются эквивалентами начальных или скрытых психических расстройств («поведенческие маски»), проявлением социальной дезадаптации. А.Е. Личко и В.В. Ковалев выделяют три варианта нарушенного поведения: девиантное, делинквентное и криминальное, содержание которых может быть различным. При этом важно указывать, с чем мы имеем дело – с непатологическими или патологическими формами нарушенного поведения.

Трудности правильной квалификации психического состояния подростков связаны со следующими обстоятельствами: с преобладанием в клинической картине возрастной, нозологически нейтральной психопатологии, частотой появления на инициальной стадии заболевания психических эквивалентов и поведенческих масок с клинической неочередностью психопатологических характеристик, утрированными проявлениями психологического криза созревания, со склонностью к нозологически неспецифическим поведенческим реакциям оппозиции, имитации, отказа; частотой проявлений нарушенной социализации личности.

Неспецифические для той или иной нозологической формы проявления могут исчерпывать видимый спектр клинической

картины, что значительно затрудняет диагностику и требует специального анализа.

Систематизация возрастных закономерностей клиники позволила выделить ряд признаков, являющихся наиболее характерными:

1. Типичность личностного регистра и непсихотического уровня психических расстройств, которые определяют «универсальность» для подросткового возраста (Сухарева Г.Е.) психопатических и психопатоподобных, невротических и неврозоподобных расстройств, личностных форм аномального реагирования, нарушений поведения. Непсихотический уровень расстройств является преобладающим и для психогенных состояний, и для шизофрении.

2. Характерность преобладания в клинической картине пубертатной психопатологии (патологические фантазии, сверхценные образования, гебоидные состояния, аффективные нарушения, пубертатная астения, расстройства влечений).

3. Наличие у каждого из пубертатных психопатологических феноменов непатологического (психологического) аналога, определяющее непрерывность переходов (тип континуума) от нормы к болезни. Например, заострение психологических особенностей подросткового возраста и карикатурный психологический криз созревания у гебоидов, возрастная и патологическая склонность к фантазированию, возрастная эгоцентрическая фиксация на своем внешнем облике и дисморфофобии и пр.

4. Тесная корреляция пубертатной психопатологии с личностными нарушениями, имеющими место в преморбиде, трансформирующимися или присоединяющимися в процессе развертывания того или иного патологического состояния.

5. Полиморфизм (мозаичность) психических нарушений как пубертатный этап динамики разных нозологических форм, включая формирующиеся психопатии, за счет сочетания разных психопатологических синдромов.

6. Типичность многоуровневости клинической картины, которая состоит из следующих компонентов:

а) симптоматика, которая свойственна той или иной нозологической форме, выраженной в подростковом возрасте наименее отчетливо, носящей часто психопатологически незавершенный или маскированный характер;

б) пубертатная психопатология, больше коррелирующая с возрастом, чем с конкретной нозологической формой;

в) симптоматика, связанная с утрированным карикатурным психологическим кризом созревания;

г) аномальные личностные структуры с разными клиническими типами и вариантами социализации, реагирования и поведения;

д) симптоматика, связанная с дизонтогенезом и асинхрониями созревания.

7. Типичность оформления клинической картины по типу трех (описанных выше) вариантов искаженного пубертатного криза.

8. Характерность выявления и утяжеления симптоматики в период негативной фазы пубертата.

9. Полиэтиологичность, мультифакторность генеза психических расстройств с большой частотой встречаемости резидуально-органической почвы, массивных социально-психологических, психогенно-стрессовых влияний.

10. Одни и те же сочетания синдромов могут выступать в период пубертата и как этап динамики известных нозологических форм, и как относительно самостоятельные, как бы вне рамок принятой нозографии, состояния, привязанные только к периоду созревания.

11. Характерное пубертатное усложнение и утяжеление клинической картины как отражение пубертатной дезинтеграции.

12. При наличии психической незрелости типична не только конформность, но и склонность к психическому индуцированию, что определяет возможность возникновения определенных клинических форм психической патологии.

Уровень развития науки о диагностике психических расстройств наглядно проявляется в действующих классификациях. Систематика психических расстройств имеет первостепенное значение не только для статистического учета, но и для унификации принципов и критериев диагностики. Понятие классификации не идентично понятию диагностики. По Р. Толле, диагностика отталкивается от отдельного больного, классификация – от обобщенных параметров. Вместе с тем при диагностике мы обязательно опираемся на обобщенные характеристики психических заболеваний, используя их как модель. Связь этих двух понятий состоит и в том, что классификация – это конец диагностического процесса. Необходимость анализа действующих международных классификаций определяется важностью современного состояния проблемы диагностики и оценки их адекватности для подросткового возраста.

Международная психиатрическая систематика 10-го пересмотра (МКБ-10), оставаясь атеоретичной, претерпела значительные изменения по сравнению с МКБ-9: это введение

новых рубрик, сужение границ шизофрении, отказ от дихотомического деления на психозы и неврозы, резкое увеличение числа кодов, усилившее ее стройность. Распределение расстройств по группам проведено на основании не только сходства клинической картины, но родственности их, в частности, по происхождению. Весьма положительно введение четких диагностических критериев, «включения» в рубрику и «исключения» из нее каких-либо психопатологических синдромов и состояний. Очень важным является ввод в классификацию шизотипических расстройств, включающих в основном неспецифическую шизофрению. Вместе с тем причисление к этой же группе шизотипических расстройств личности не способствует дифференцированной диагностике, разграничению шизофренического процесса и расстройств личности. Спорно также психопатологическое содержание рубрики «социальные фобии», например, отнесение к ним антропофобии и пр.

Важное значение имеют также введение продромальных состояний в рубрику «Продромальность симптоматики, требуемой для диагностики шизофрении» (F20) и указание на их нозологическую неспецифичность.

Наряду с положительными характеристиками МКБ-10 следует отметить и те ее стороны, которые затрудняют ее практическое использование. В первую очередь это касается той части, которая относится к систематике подростковой психопатологии. Прежде всего здесь отсутствует разграничение систематик по детской и подростковой психиатрии, что делает МКБ не только не опережающей практику, но и недостаточно современной. Именно поэтому пубертатные расстройства оказались представленными совершенно недостаточно, особенно в части возрастных психопатологических расстройств. Отсутствуют, например, обобщающие рубрики сверхценных расстройств и большинства их вариантов, например, «идей иных родителей» (см. соответствующие разделы), патологических фантазий.

В психиатрическом разделе (V, или F) нет рубрики о психопатологии анормально протекающего пубертатного криза, а нарушения психологического развития описаны неполно. Очень важный раздел психического дизонтогенеза раскрыт частично и представлен разрозненно.

Так, к числу спорных положений можно отнести включение в понятие острых и транзиторных психотических расстройств таких нарушений поведения, как «гиперактивность».

Вряд ли следовало обозначать раздел психопатий как «расстройство зрелой личности», поскольку, во-первых, основной период их формирования приходится на детский и подростковый

возрасты, а во-вторых, в части случаев психопатии оказываются сформированными очень рано, уже к подростковому возрасту (например, конституциональные шизоидные личности, по Г.Е. Сухаревой).

В разделе F43 имеется специальная диагностическая рубрика «невротические нарушения, связанные со стрессом» и «невротические расстройства». Это, казалось бы, определяет достаточность систематики в указанном направлении, тем более что три основные формы неврозов в ней представлены. Вместе с тем содержание рубрики не соответствует названию в полной мере, поскольку, кроме неврозов, она включает и психореактивные синдромы по типу, например, острых аффективно-шоковых реакций (синдром Ганзера), не являющихся собственно неврозами. В результате оказалось, что неврозы поглотили другие психогенные расстройства. В прошлом был период, когда неврозы растворялись в проблеме личностных расстройств и это было признано в отечественной психиатрии неправомерным. Противоположная тенденция – отнесение всех психогений к неврозам – свидетельствует о недостаточной разработанности теоретических представлений об этих двух основных формах психогений (психореактивные состояния и неврозы).

Включение в МКБ-10 расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрастах, и расширение круга этих расстройств по сравнению с предыдущими классификациями само по себе положительно, однако в целом этот раздел наименее совершенен. Здесь отсутствуют разделы по неврозам и реактивным состояниям, а соответствующие расстройства разбросаны по другим рубрикам. В частности, психогенные варианты нервной анорексии, нервной рвоты, ситуационные расстройства сна отнесены к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями, а трихотилломания – к расстройствам привычек. Не включенными в классификацию или представленными очень усеченно оказались такие типично подростковые расстройства, как разнообразные фобии, сверхценные образования (например, сверхценные переживания сиротства) и многие другие.

К общим существенным недостаткам МКБ-10 относится отсутствие дифференцированного подхода к систематике и диагностическим критериям раздельно по детской и подростковой психопатологии и игнорирование специфики каждого из этих возрастных периодов. Например, для детского возраста характерны анаклитическая, сиблинговая и индуцированная депрессии, в то время как для подросткового –

кроме форм, близких к тому, что наблюдается у взрослых, – психопатоподобные и соматизированные депрессии, их соматические и поведенческие «маски» и эквиваленты. Нервная анорексия отмечается в основном у подростков, а не у детей. Элективный мутизм и расстройства привязанностей в зависимости от генеза чаще наблюдаются либо в детском, либо в подростковом возрасте, но в большинстве случаев относятся к психопатологическим проявлениям, а не к расстройствам социального функционирования. Примеры подобного рода многочисленны. В связи с отмеченными обстоятельствами при пользовании МКБ-10 многие возрастные расстройства придется относить к «другим» или к «неуточненным» формам.

Основным положительным качеством МКБ-10 следует считать ее многоосевой характер. Любое диагностическое заключение может быть обозначено не одним, а несколькими кодами. Более того, в общей разъяснительной части отмечена предпочтительность такого кодирования и «убедительная рекомендация» использования других глав МКБ-10 в дополнение к главе V (F).

Дополнительно к главе V (F) необходимо использовать следующие разделы:

Глава IV (E): E30, E30.0, E30.1 – «Пубертатные расстройства», которые не классифицированы в других главах (задержанное и преждевременное созревание).

Глава VI (G): неврологическая, содержит синдромы с преимущественно физическими проявлениями и отчетливой «органической» этиологией.

Глава XVII (Q): Q02 – микроцефалия, Q03 – врожденная гидроцефалия, Q98.0 – Q98.4 – синдром Клайнфельтера.

Глава XVIII (R) – органические расстройства: R62 – задержка нормального физиологического развития, R62.8 – задержки психологического развития органического генеза, R62.9 – задержки психологического развития, не указанные в другом месте.

Глава XXI (Z): Z60 – факторы, которые влияют на динамику психического здоровья у детей и подростков, Z61 – проблемы, связанные с негативными детскими переживаниями, Z64 – проблемы, связанные с психосоциальным окружением.

Приводим выделенные нами принципы диагностики психических расстройств в подростковом возрасте:

1. Распознавание психических заболеваний в подростковом возрасте должно основываться на совокупности данных, включающих, помимо традиционных представлений о диагностике, знания о конкретных видоизменениях клинических

картин под влиянием возрастного фактора, обусловливающего не только маскированность, фрагментарность, изоморфность и психопатологическую незавершенность симптоматики, но и значительное ее усложнение за счет собственно возрастных привнесений (психологический криз созревания, дизонтогенез, подростковая психопатология, нарушения поведения и пр.).

2. Одним из жестких принципов в общей подростковой психиатрии является осторожность в установлении окончательного диагноза до завершения пубертатного криза (Сухарева Г.Е.). Это правило не может полностью игнорировать и эксперт. В подростковом возрасте следует допускать некатегорическое суждение о нозологическом диагнозе, не исключающее возможности его видоизменения в дальнейшем. Например, «… обнаруживает признаки глубокой пубертатной декомпенсации шизоидной психопатии (не исключена возможность шизофренического процесса)». Такое допущение уместно, если нет уверенности в нозологической квалификации.

3. Для правильного распознавания нозологической принадлежности психических расстройств необходимо учитывать всю клиническую картину в целом, включая облигатную и факультативную симптоматику с обязательным учетом возрастного этапа онтогенеза и конкретных форм нарушения психического развития.

4. В связи с частотой первичной диагностики в условиях СПЭН очень важно знание инициальных проявлений психических расстройств и особенностей клинического оформления симптоматики в динамике их становления. Первичная диагностика психического заболевания в подростковом возрасте должна опираться на убедительные клинические критерии. Своевременному первичному выявлению психического заболевания способствует также тщательный анализ мотивации и структуры ООД, которые в подростковом возрасте могут являться единственным поведенческим симптомом заболевания («острый личностный сдвиг», «инициальный деликт», по Странскому) или признаком его экзацербации («криминальная манифестация», по Оспановой Н.Н.).

5. В связи с тем, что клиническое оформление психических расстройств в детском и подростковом возрастах зависит не столько от нозологии, сколько от особенностей возраста, важное значение приобретают данные о психопатологической структуре на каждом этапе онтогенеза (в период возрастных кризов) и их сопоставление между собой для получения целостного представления о динамике становления психических расстройств (стереотип развития болезни).

6. Для точной диагностики необходимо использование клинических критериев, построенных на дифференцировании сходных клинических проявлений:

а) учитывая тот факт, что практически все подростковые психопатологические феномены имеют свои непатологические (психологические) аналоги, важным звеном является отграничение психических расстройств от неболезненных кризовых проявлений;

б) при типичности расстройств личностного регистра, универсальности характерологических и поведенческих нарушений необходимо также их отграничение от непатологических девиаций личности (педагогическая или социальная запущенность).

7. Многоуровневость клинических картин в подростковом возрасте определяет адекватность использования понятия «функциональный диагноз» и позволяет соотнести между собой нозологию, структуру и содержание возрастной психопатологии, количественные и качественные характеристики психологического криза созревания, личностные расстройства, асинхронии и дефицитарность развития, типы социализации личности, реагирования и поведения.

Использование функционального диагноза предполагает систематику по уровням психических расстройств (или «осям»). Такие формы систематики использованы в международных классификациях психических расстройств именно в отношении подросткового возраста, что позволяет более дифференцированно подходить к анализу клинической картины. Этот принцип важен и для сопоставления результатов разных исследований, особенно если они выполнены с разных теоретических позиций. Сопоставление позволяет выявить сходство и различия в подходах к построению функционального диагноза.

Сопоставление многоосевых клинических конструкций показало следующее:

1. Основные оси (клиническая, нарушений развития, психосоциальных стрессовых расстройств) выделены во всех систематиках, однако ни их порядок, ни, что самое важное, содержание понятий не совпадают.

2. Основной осью является клиническая. Однако для отражения специфики подросткового возраста, с нашей точки зрения, этой общей рубрики недостаточно. Важно выделить симптоматику, характерную для той или иной нозологической формы, и психопатологию, преимущественную для подросткового возраста. Последняя сама по себе многообразна и сложна и может быть представлена в виде самостоятельной группировки. Вряд ли

оправдано включать олигофрению в эту группу, она относится к дизонтогенетическим расстройствам, а не к психопатологическим.

3. Личностные расстройства – это аномалии развития. Они должны быть выделены в самостоятельную группу (уровень, ось) и не могут быть отнесены ни к психопатологии в узком смысле, ни к дизонтогенезу.

4. Выделение интеллектуального функционирования в отдельную ось может быть и понятно, но более целесообразно, по-видимому, отнести его (учитывая возраст) к дизонтогенетическим расстройствам, к специфическим нарушениям развития.

5. Учитывая значение «идеи развития» для подростковой психиатрической клиники, а нарушений развития – для клинического оформления психических расстройств, следует выделить дизонтогенетические расстройства в отдельную ось. Речь здесь идет не только о задержках развития интеллекта или его недоразвитии, а о нарушениях развития всех сфер и функций.

6. Психогенные расстройства (в широком смысле) столь часты и многообразны у подростков (как самостоятельные патологические состояния, так и нарушения на патологической почве, например, эндореактивные), что могут быть представлены как отдельная ось.

7. Особого внимания заслуживает ось, которая никак не совпадает с официальными классификациями. По нашему мнению, ближе к истине та международная классификация, в которой эта ось соответствует психосоциальным проявлениям. В нашей группировке мы считаем оправданной большую конкретизацию содержательной части формулы. Вряд ли правомерно отдельной осью обозначать состояния адаптационных возможностей. Выделение такой группы ставит под сомнение существование единого принципа систематики.

Для понимания структуры функционального диагноза в подростковом возрасте несомненное значение имеет следующая систематика, разработанная нами. Для построения функционального диагноза важно выделение регистров психики, охватывающих все основные специфические для возраста пубертатные расстройства. Эта систематика является наиболее обобщенной и рациональной.

Клиника пубертатных психических расстройств

I. Регистр психопатологический:

– подростковая продуктивная симптоматика личностного и

психотического уровней.

II. Регистр девиации пубертатного криза:

– темп, массивность, гармоничность криза созревания;

– своевременность завершения криза;

– 3 варианта пубертатного криза.

III. Регистр дизонтогенетический:

– асинхронное, аномальное, диссоциированное, дефицитарное развитие.

IV. Регистр личностных расстройств и нарушений поведения.

В заключение необходимо подчеркнуть значение внедрения функционального диагноза в практику не только для подростковой психиатрии, но и для всех смежных дисциплин, имеющих дело с подростковыми социальными проблемами. Нельзя не отметить также его значение для судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних.

Является очевидным, что предлагаемая структура функционального диагноза позволяет более дифференцированно решать экспертные вопросы в отношении следственных и осужденных несовершеннолетних с психическими расстройствами, более квалифицированно подходить к их реабилитации, психиатрической и психологической коррекции поведения. Наибольшее значение функциональный диагноз имеет в тех случаях, когда психические нарушения выражены нерезко или фрагментарно, а дополнительные (к нозологическим и синдромальным) показатели (личностный уровень кризисных, дизонтогенетических расстройств и нарушений социализации) определяют клиническую картину.

Вопрос о том, могут ли эти дополнительные характеристики иметь самостоятельное значение для судебно-психиатрической оценки, требует самостоятельного изучения, но уже теперь можно сказать о двух вариантах решения. Особо важен функциональный диагноз для решения вопроса об ограниченной вменяемости (ст. 22 УК РФ), когда необходим анализ возможно большего количества показателей расстройств личностного уровня и девиаций дизонтогенетического и социально-психологического ряда (социальная дезадаптация). Этот вопрос непременно нуждается в дальнейшем последовательном изучении.

В случаях, когда собственно психопатологические расстройства не очерчены, диагнозы хронического психического расстройства, умственной отсталости (олигофрении), текущего или резидуального органического процесса исключены, а клиническая картина исчерпывается парциальными задержками психического развития или асинхрониями созревания (личностный инфантилизм, ретардированный психологический

пубертат, «детскость» в мотивации криминального поведения) и в генезе подобных «отставаний в развитии» удается проследить очевидную роль различных социогенных факторов (в том числе депривационных), по-видимому, правомерна постановка вопроса о применении ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Нельзя не отметить значение функционального диагноза для дифференциальной диагностики, поскольку собственно психопатологические расстройства в подростковом возрасте чаще всего изоморфны.

Рекомендуемая литература

Булахова Л.А. Современные аспекты ранней диагностики психических заболеваний у детей // Ранняя диагностика психических заболеваний. – Киев, 1989. – С. 155–169.

Бурелов Э.А. Сравнительное изучение олигофрении (дебильность и пограничная степень) и ранних резидуально-органических поражений головного мозга с интеллектуальными нарушениями в подростковом и юношеском возрасте: дис… канд. мед. наук. – М., 1980.

Выготский Л.С. Психология. – М., 2000.

Гайдук Ф.М. Задержки психического развития церебрально-органического генеза у детей: автореф. дис… д-ра мед. наук. – М., 1988.

Гурьева В.А. К вопросу о патологическом пубертатном кризе при экспертизе несовершеннолетних // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. – М., 1976. – С. 110–117.

Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. – Томск, 1994.

Гурьева В.А., Макушкин Е.В., Востроknутов Н.В. и др. Криминальное агрессивное поведение подростков // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. – СПб., 2002.

Макушкин Е.В. Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрическое значение дизонтогенетических психических и поведенческих расстройств у подростков: автореф. дис… д-ра мед. наук. – М., 2002.

А.Л. Игонин,
профессор, доктор медицинских наук

Введение в наркологию

Термины в наркологии и понятие «психоактивные вещества» (ПАВ)

В настоящее время одни и те же феномены в наркологии обозначаются специалистами с помощью разных терминов. Противоречия такого рода во многом связаны с принципиальными расхождениями, существующими между отечественными и западными классификациями.

Западный подход отражен, как известно, в оригинале (варианте, не адаптированном для использования в России) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (табл. 1). Исходя из преимущественно гуманитарных, деонтологических соображений, составители классификации отказались от терминов «алкоголизм», «наркомания» и соответственно от традиции называть пациентов, страдающих этими заболеваниями, алкоголиками, наркоманами. Вместо этого были приняты обобщающие термины «психоактивное вещество» (ПАВ) и «зависимость от ПАВ». Наркологических больных стали соответственно называть не алкоголиками и наркоманами, а лицами, зависимыми от ПАВ.

В России МКБ-10 официально принята в 1998 г. и ныне является основой для диагностики заболеваний в медицине, включая психические (наркологические) болезни. Но отечественные специалисты не могут при диагностике различных состояний, вызванных ПАВ, сразу и полностью перейти на использование наркологических терминов, содержащихся в данной классификации. Это связано с тем обстоятельством, что в течение многих лет применяемые в России понятия такого рода прочно закрепились во многих законах и подзаконных нормативных актах. В частности, в УК РФ есть ряд статей, содержащих традиционные термины такого рода. При токсикомании, также являющейся вариантом зависимости от ПАВ, принудительная мера применена быть не может. К уголовной ответственности привлекаются лица, сбывающие не любые психоактивные вещества, а лишь два их вида: наркотики и психотропные средства (ст. ст. 228–233).

Таблица 1

Термины, используемые в наркологии

	Термины, описывающие ПАВ	Термины, обозначающие психические расстройства
В МКБ-10	*Психоактивное вещество*	*Зависимость от ПАВ*
В отечественных классификациях	*Алкоголь* *Наркотик* * *Психотропное вещество* * *Токсическое вещество* * Синонимом термина «токсическое вещество» является понятие *«одурманивающее вещество»* (ст. 23 УК). Применительно к медикаментозным средствам с этой же целью используется термин *«сильнодействующее вещество»*	*Алкоголизм* *Наркомания* *Токсикомания*

* Данные вещества внесены в соответствующие списки Постоянного комитета по контролю наркотиков при МЗ РФ. Два первых списка утверждаются Правительством РФ.

В таблице 1 перечислены принятые в нашей стране названия психоактивных веществ: алкоголь, наркотики, психотропные и токсические субстанции. Наркологические заболевания, вызываемые злоупотреблением ими, называются алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Именно эти термины следует использовать при ведении медицинской документации, особенно экспертной. Во всяком случае, применив западный термин, его надо продублировать отечественным понятием. Например, говоря о психоактивном веществе, следует уточнить, какое средство, исходя из приведенного выше перечня, имеется в виду: наркотик, психотропное или токсическое вещество. Квалифицируя наличие у больного синдрома зависимости от ПАВ, необходимо дополнить данное понятие одним из соответствующих отечественных терминов: алкоголизм, наркомания, токсикомания. Следует отметить, что в адаптированном для использования в России варианте МКБ-10 (он приведен в списке рекомендуемой литературе) используется именно такая «двойная бухгалтерия», при которой применяются как отечественные, так и зарубежные термины.

В соответствии с документами Постоянного комитета по контролю наркотиков при МЗ РФ, наркотик – это вещество, вызывающее выраженную зависимость. Его употребление широко распространено в обществе, и оно внесено в соответствующий список наркотиков. При употреблении наркотика развивается

наркологическое заболевание – наркомания. Психотропное вещество также вызывает выраженную зависимость, но его употребление относительно мало распространено в обществе. Оно вносится в отдельный список психотропных веществ. Наркологическое заболевание, вызываемое злоупотреблением психотропных веществ, называется уже токсикоманией.

Токсическое вещество также способно вызвать зависимость, но оно не включено в списки наркотиков и психотропных веществ. Токсическое вещество вызывает не столь выраженную, как два первых вида веществ, зависимость и относительно мало распространено в обществе. Наркологическое заболевание, вызываемое данным видом субстанций, называется, естественно, токсикоманией. Иногда вместо термина «токсическое вещество» используется его синоним – «одурманивающее вещество». Это понятие применено, в частности, в ст. 23 УК РФ. Примером таких субстанций являются органические растворители, которые вдыхают подростки. Существует также список сильнодействующих веществ, которые являются лекарственными средствами, разрешенными к применению в России (с учетом некоторых ограничений в их выписке пациентам). С точки зрения схемы «наркотик – психотропное средство – токсическое вещество» сильнодействующие лекарственные препараты относятся к токсическим веществам. Примером сильнодействующих средств являются транквилизаторы (седуксен, тазепам и пр.).

Как видно из таблицы 2, перечисление различных веществ в МКБ-10 начинается с ***алкоголя***. Госсанэпиднадзор Российской Федерации контролирует содержание в алкогольных напитках следующих токсических примесей: метилового спирта, сивушных масел, ацетальдегида, сложных эфиров. Если содержание примесей не превышает определенных, установленных государством норм, оцениваемую жидкость называют алкогольным напитком, если превышает – алкогольным суррогатом.

Таблица 2

Классификация психоактивных веществ

Коды по МКБ-10	Разновидности ПАВ
F 10 — алкоголь	Алкогольные напитки Алкогольные суррогаты
F 11 — опиоиды (все — Н.)	Натуральные: морфин, героин, кодеин Синтетические: промедол, метадон, фентанил
F 12 — каннабиноиды (все — Н.)	Марихуана, гашиш (анаша)
F 13 — седативные или снотворные вещества	Барбитураты: этаминал Na (нембутал), барбамил (амитал Na). Оба — П.В. Бензодиазепины (все — Т.В.)
F 14 — кокаин	Традиционный кокаин, крэк (оба — Н.)
F 15 — другие стимуляторы, включая кофеин	Амфетамины (все — Н.) Промышленно изготовленные: фенамин, первитин Эфедрон, кустарно изготовленные препараты из эфедрина [...]
F 16 — галлюциногены	Традиционные: ЛСД, мескалин, псилоцибин, экстази (МДМА) Все — Н. Прочие: кетамин (П.В.), циклодол (Т.В.)
F 17 — табак	—
F 18 — летучие растворители (все — Т.В.).	Любые органические растворители
F 19 — различные виды ПАВ при их сочетанном употреблении.	

Такую дифференциацию надо учитывать при проведении экспертизы. Эффект от приема двух указанных разновидностей жидкостей может быть различным. Например, при употреблении алкогольных суррогатов более вероятно, чем при употреблении алкогольных напитков, развитие патологических форм опьянения и алкогольных психозов. В соответствии с терминологией, принятой в адаптированном для России варианте МКБ-10, алкоголь не относится ни к наркотическим, ни к психотропным, ни к токсическим веществам.

По характеру опьянения алкоголь является двухфазно действующим веществом. В первой фазе опьянения проявляются подъем настроения и стимуляция, во второй фазе – седация и угнетение. Во второй фазе опьянения может возникать понижение настроения. В целом при действии алкоголя седация преобладает, поэтому алкоголь часто объединяют с группой веществ, обозначенных в МКБ цифрой «3» под рубрикой «седатики».

Опиоиды относятся к наркотикам, со злоупотреблением которыми чаще всего сталкиваются медицинские службы. Лица, зависимые от героина, составляют подавляющее большинство

пациентов наркологических отделений, предназначенных для больных наркоманиями. Поскольку героин наряду с кокаином вызывает наиболее клинически выраженные формы зависимости, эти два вида веществ иногда называют «тяжелыми» наркотиками.

По технологии приготовления опиоиды делятся на натуральные и синтетические. Вещества первого типа получают из натурального сырья – опийного (реже масличного) мака. Примером таких веществ являются морфин, героин и кодеин.

Для производства синтетических опиоидов натуральное сырье не требуется, они изготавливаются исключительно лабораторным путем с использованием ряда химических соединений. Существует огромное количество синтетических опиоидов, наиболее известны промедол, метадон и фентанил. Метадон, в частности, используется в некоторых странах при проведении больным наркоманией заместительной терапии.

Все опиоиды, независимо от технологии их приготовления, включены в список наркотиков. Исключение сделано лишь для некоторых медикаментов, содержащих в небольших дозах кодеин (пенталгин, седалгин, солпадеин и др.), а также для препарата трамал (трамадол), обладающего действием на опиатные рецепторы, но отнесенного не к наркотикам или психотропным веществам, а лишь к сильнодействующим препаратам.

Опиоиды вводятся в организм с помощью большинства известных способов: внутривенно, внутримышечно, посредством вдыхания через нос или курения. В средней полосе России обычно начинают употребление героина с его вдыхания через нос, далее переходят на внутривенные инъекции. Продают героин обычно в виде «чеков» – маленьких бумажных конвертиков, содержащих порошок данного вещества. Считается, что доза героина в одном чеке составляет 0,1 г. В действительности из-за возможной замены части героина другими веществами его количество, содержащееся в одном чеке, сильно колеблется.

Обследуя предполагаемых больных опийной наркоманией, следует обращать внимание на наличие у них на коже следов от инъекций (в особенности в области локтевых сгибов). Наиболее характерны пигментированные «дорожки», образующиеся в связи с попаданием крови в прилежащие к вене ткани. Следует, однако, отметить, что иногда, несмотря на наличие у обследуемого опийной наркомании, соответствующие следы на коже могут быть и не обнаружены. И наоборот, при наличии этих следов у обследуемого он не обязательно является зависимым от наркотиков (это могут быть признаки единичных случаев их употребления).

Характер опьянения опиоидами, особенно при первых его

приемах, определяется резко выраженным подъемом настроения, который сами опьяневшие определяют как счастье, блаженство, покой, отрешенность от тревог и забот, полную гармонию с собой и окружающим миром. Именно такой характер воздействия опиоидов обусловил, вероятно, их столь широкое распространение в мире. При многократном повторном введении вещества воздействие на эмоциональную сферу индивидуума, как правило, уменьшается.

Вызванный опиоидами подъем настроения сопровождается небольшой седацией. Такой характер опьянения называется эйфорией. Опьяневшие пассивны, течение их мыслей замедленно, они стремятся к уединению. По мере прогрессирования зависимости седативный компонент опьянения может уменьшаться. Возможно даже появление стимулирующего эффекта от вводимого препарата этой группы.

Злоупотребление *каннабиноидами* (каннабиолами) распространено в мире столь же широко, как и опиоидами. Правда, среди пациентов наркологических отделений лица, которые злоупотребляли бы только каннабиноидами, встречаются редко. Это связано с тем, что признаки зависимости от каннабиноидов являются клинически не столь выраженными, как данные психопатологические проявления при злоупотреблении, например, героином. Поэтому каннабиноиды называют «легкими» наркотиками. Это отнюдь не означает, однако, что их медицинское значение невелико. Курение марихуаны, считающееся в определенных кругах молодежи относительно безобидным делом, обычно знаменует собой начало приобщения к приему наркотических веществ вообще. Молодые люди, пристрастившиеся к курению гашиша, гораздо легче, чем их сверстники, вообще не прибегающие ни к каким видам наркотических веществ, начинают употреблять «тяжелые» наркотики – героин или кокаин.

Источником получения каннабиноидов является конопля (ее южные сорта). Из-за повсеместной распространенности конопли и сложной химической структуры содержащихся в ней каннабиноидов используется только натуральное сырье. Синтетическим путем каннабиноиды не производят.

Обычно выделяют по степени концентрации каннабиноидов в веществе две разновидности наркотика этого типа: марихуану и гашиш (анашу). Марихуана – это измельченные верхние части растения конопли. Концентрация каннабиноидов в этой массе минимальна. Для производства гашиша (анаши) используется пыльца растения. Содержание в гашише каннабиноидов гораздо выше.

Все виды указанных веществ являются наркотиками. Вводятся каннабиноиды в организм только путем курения.

Вызываемое каннабиноидами опьянение характеризуется сочетанием умеренно выраженного подъема настроения и седации (как уже отмечалось, такое состояние называется эйфорией). Однако глубина воздействия данного препарата на психику гораздо меньше, чем героина. Подъем настроения поверхностен. Опьяневшие ощущают беспричинную радость, они веселы, смешливы, беспечны, довольны всем происходящим. Седация характеризуется снижением двигательной активности, расслаблением, успокоенностью.

Особенностью опьянения каннабиноидами являются нарушения восприятия, которые появляются при введении в организм достаточно больших доз каннабиноидов. Более подробно эффекты этого типа будут рассмотрены ниже, при описании галлюциногенов.

Из группы седативно-снотворных веществ в России наиболее распространенными являются барбитураты и бензодиазепины. Барбитураты делятся, в свою очередь, на коротко– и длительнодействующие. Первые вызывают выраженный эйфоризирующий эффект и поэтому особенно популярны у барбитуроманов. К препаратам такого типа относятся этаминал-натрий (нембутал) и барбамил (амитал-натрий). При приеме длительнодействующих барбитуратов – фенобарбитала (люминала), барбитала (веронала) и других – эйфоризирующее действие проявляется относительно незначительно, и поэтому данные лекарственные средства используются наркологическими больными довольно редко.

Другой разновидностью седативно-снотворных средств являются бензодиазепины, широко применяемые психиатрами в повседневной лечебной практике. К ним относятся диазепам (седуксен, реланиум, сибазон), хлордиазепоксид (элениум), тазепам (нозепам), феназепам и другие препараты этого типа, обладающие транквилизирующим и гипнотическим действием. Бензодиазепины не включены в списки ни наркотических, ни психотропных средств, но большинство из них являются сильнодействующими препаратами.

Как уже говорилось ранее, седативно-снотворные препараты обладают двухфазным действием, проявляющимся вначале подъемом настроения (эйфорией), а потом седацией. По сравнению с алкоголем при применении данных препаратов эффект подъема настроения менее продолжителен, зато седация – более длительная.

Кокаин относится к стимуляторам, но в соответствии с

МКБ-10 выделен в отдельную группу (табл.1). Данное вещество получают из листьев растения коки (Южная Америка). Наиболее широко кокаин распространен в США. В России его употребляют пока относительно редко из-за высокой стоимости на рынке наркотиков.

Известны два вида данного психоактивного вещества: традиционный кокаин – соль по химическому строению и новый кокаин – основание. Последний на американском сленге носит название «крэк». Первая разновидность кокаина с помощью относительно несложных манипуляций может быть переведена во вторую.

Традиционный кокаин вводят в организм путем вдыхания через нос. Такой способ введения часто сопровождается ринитом, доставляющим неприятные ощущения лицу, употребляющему наркотик, и затрудняющим его всасывание. Отличие традиционного кокаина от крэка состоит в том, что первый разрушается при нагревании, второй – нет.

Поэтому крэк вводят в организм путем курения, что позволяет добиваться более быстрого и сильного эффекта при отсутствии описанных выше нежелательных побочных действий. Оба типа кокаина являются наркотиками.

Как отмечалось ранее, кокаин по своему действию относится к стимуляторам. Но наряду с этим в структуре опьянения данным веществом отмечается эффект подъема настроения, соизмеримый по своей выраженности с эффектом, вызываемым опиоидами. Сочетание именно этих свойств делает кокаин столь популярным среди определенной части населения во многих странах мира.

Состояние лиц, употребивших кокаин, сходно с состоянием психически больных, переносящих гипоманиакальное, а иногда и маниакальное состояние. Они возбуждены, говорливы, веселы, полны идей, ощущают необыкновенный прилив энергии, переоценивают свои силы и возможности. Характерны повышенная активность, чрезмерная предприимчивость, склонность к авантюрным поступкам, сексуальная расторможенность. Приподнятое настроение может сменяться кратковременными вспышками раздражения и гнева. Такой характер опьянения нередко приводит опьяневших к совершению асоциальных действий.

Из ***других стимуляторов*** главное значение для наркологической практики имеют амфетамины. В зависимости от характера получения этих веществ бывают очищенные (промышленно производимые) и неочищенные (кустарно производимые) амфетамины. К очищенным препаратам, ранее применявшимся в обыденной медицинской практике (сейчас они

в России сняты с производства), относятся собственно амфетамин, фенамин, первитин, декседрин, метамфетамин и ряд других. Данные препараты производятся в виде таблеток для приема внутрь.

Вторая категория веществ этого типа в ныне действующем в России списке наркотиков обозначается либо как «эфедрон», либо как «кустарно изготовленные препараты из эфедрина или из препаратов, содержащих эфедрин». Эфедрон – это конкретное химическое соединение (dl-эритро-2 метиламино-1-фенилпропан-1 ОН), производимое самими больными наркоманией в домашних условиях. Любые другие соединения, относимые к амфетаминам, подпадают под указанную выше вторую формулировку и являются, как уже говорилось, наркотиками.

Кустарно изготовляемые амфетамины отличаются крайней токсичностью, поскольку содержат недоокисленные побочные продукты химических реакций. Вводятся в организм они внутривенно, причем поверхностные вены в силу повышенной токсичности вводимых веществ склерозируются («запустевают») уже после нескольких инъекций.

Волна увлечения в среде молодежи кустарно производимыми амфетаминами пришлась в России (в основном в больших городах) на 80-е годы. В последующем популярность данного метода получения наркотиков, к счастью, упала.

В структуре опьянения амфетаминами доминирует стимулирующий эффект. После приема препаратов этого типа повышается активность, возрастает способность концентрировать внимание, резко увеличивается работоспособность. Человек, принявший препарат из этой группы, способен выполнять гораздо больший, чем обычно, объем умственной и физической работы. Не случайно амфетамины являлись одними из первых веществ, использовавшимися спортсменами в качестве допинга.

Стимулирующий эффект при приеме амфетаминов сопровождается подъемом настроения, хотя и не столь выраженным, как при употреблении кокаина. Стимуляторы (амфетамины и кокаин) вызывают также нарушения восприятия, о которых будет говориться в разделе, посвященном галлюциногенам.

Следует отметить, что в последние годы появились случаи внутривенного введения нового стимулятора – «мульки» (на сленге наркоманов), который производится кустарным путем из лекарственных препаратов, содержащих фенилпропаноламин (в перечне наркотических средств и психотропных веществ это средство относится к прекурсорам, т. е. химическим

соединениям, из которых получают наркотики). Фенилпропаноламин входит в состав капсул «колдакт», «колар» и «эффект» (применяются при ринитах). С помощью несложных манипуляций из фенилпропаноламина токсикоманы получают катинон, близкий по своему химическому строению к амфетаминам и дающий при введении в организм сходные картины опьянения. После нескольких введений в организм катинон в отличие от амфетаминов вызывает ряд тяжелых центральных неврологических синдромов, сопровождающихся быстро прогрессирующим интеллектуально-мнестическим снижением.

В соответствии с МКБ-10 в список психоактивных веществ со стимулирующим действием внесен и кофеин. Зависимость от кофеина обычно не требует медицинской помощи, поэтому о напитках, его содержащих, говорить подробно нет необходимости.

Следует, однако, отметить, что в России среди определенных групп населения, в частности, среди лиц, отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях, чрезвычайно популярно употребление крепко заваренного прокипяченного чая – так называемого чифира. Данный напиток содержит в высоких концентрациях не только кофеин, но и ряд алкалоидов, несомненно обладающих психоактивным действием и к тому же весьма токсичных. К сожалению, состав чифира практически не изучен. Как бы то ни было, злоупотребление чифиром вызывает гораздо более тяжелую зависимость, чем использование обычного чая, и требует внимания специалистов.

Галлюциногены[2] занимают особое положение среди различных групп психоактивных веществ, поскольку целью их приема является не столько улучшение настроения (как это бывает при употреблении большинства других наркотиков), сколько получение новых необычных ощущений и впечатлений. Волна увлечения галлюциногенами на Западе пришлась в основном на 60-70-е годы. В последующем частота употребления основных галлюциногенов уменьшилась. Правда, возникло увлечение новыми веществами этого типа, такими как экстази.

Наиболее распространенными в мире галлюциногенами являются ЛСД, мескалин, псилоцибин и уже упоминавшийся препарат экстази (табл. 2). ЛСД (диэтиламин лизергиновой кислоты) обладает особенно мощным эффектом такого рода. Прием определенной дозы данного вещества почти автоматически вызывает выраженные расстройства восприятия, вплоть до транзиторного психоза. Мескалин, который содержится в кактусах, произрастающих в Мексике, практически не известен в

нашей стране. Зато в России нередко используется псилоцибин, изготавливаемый из некоторых разновидностей грибов.

Имеющий сленговое происхождение термин «экстази» тем не менее укоренился в большинстве отечественных и зарубежных классификаций. Название «экстази» используется для обозначения одного из веществ, составляющих родственную группу химических соединений. Чаще всего речь идет о МДМА – dl-3,4-метилендиокси-N-альфа-диметил-фенил-этил-амине.

Все указанные выше вещества из группы галлюциногенов являются наркотиками. Вводятся в организм они внутрь в виде таблеток либо небольших тонких кусочков бумаги с нанесенным на нее наркотиком («промокашек»).

В России к препаратам, принимаемым с целью вызвать у себя расстройства восприятия, относятся также кетамин и циклодол. Кетамин (синонимы: кеталар или каллипсол) используется в анестезиологии для кратковременного наркоза. Введение кетамина в дозе 2–5 мл внутримышечно вызывает галлюциногенный эффект.

Циклодол (синонимы: паркопан, ромпаркин и другие) относится к препаратам с атропиноподобным действием и назначается больным паркинсонизмом. Интерес к нему со стороны пациентов психиатрических и наркологических учреждений связан еще и с тем, что он широко применяется в этих учреждениях с целью устранения у больных побочных действий, вызываемых нейролептиками.

Кетамин отнесен в соответствии с ныне действующими списками к психотропным веществам. Циклодол не включен в списки наркотиков либо психотропных препаратов, поэтому должен называться в данном контексте токсическим веществом. Указанный препарат отнесен, правда, к сильнодействующим препаратам.

В состоянии острой интоксикации галлюциногенами возникают наиболее выраженные по сравнению с другими ПАВ расстройства восприятия, образного мышления и самосознания. При этом нарастание психических расстройств идет как бы по двум путям: развитию делириозного и онейроидного состояний. В первом случае болезненные переживания проецируются вовне, во втором же – они разворачиваются в сознании самого опьяневшего.

Развитие делириозного состояния проходит два этапа: 1) непсихотический, иллюзорный и 2) психотический, собственно делириозный. На этапе развития иллюзий окружающий мир кажется красочным, либо расширившимся до галактических размеров, либо, наоборот, сузившимся, удобным и особенно уютным. Звуки поражают гармонией, созвучием с переживаниями

опьяневшего. Нередко развиваются зрительные иллюзии в форме парейдолий. Опьяневший видит в трещинах стены или узорах ковра яркие движущиеся картины. Но на этом этапе опьяневший способен отвлечься от иллюзорных образов. Не нарушен и его контакт с окружающими.

Далее наступает этап развернутого психоза, собственно делириозных расстройств. Возникают зрительные галлюцинации, которые обычно носят характер ярких сценоподобных видений людей, животных, растений. Больной может наблюдать разнообразные беспредметные фигуры фантастической конфигурации и окраски (как в калейдоскопе). Если при алкогольном делирии галлюцинаторные образы имеют отталкивающий характер (например, ползущие насекомые, страшные животные) и приводят к отвращению или страху, то при опьянении галлюциногенами зрительные образы обычно ярки, привлекательны и вызывают у опьяневшего интерес, удивление, восторг. Больной ощущает себя находящимся в кинотеатре перед огромным экраном. Сознание помрачено, контакт с лицом, переносящим данное состояние, либо резко затруднен, либо отсутствует.

Развитие онейроида также проходит два этапа: 1) непсихотический, проявляющийся в развитии ярких представлений с оттенком непроизвольности, и 2) психотический в форме развернутого онейроида. На первом этапе возникают нарушения образного мышления в виде ярких представлений, имеющие оттенок непроизвольности. Это могут быть позитивно окрашенные в эмоциональном отношении воспоминания о различных эпизодах из жизни опьяневшего, например, об удачно проведенном отпуске. Для других случаев характерно фантазирование, при котором возникают никогда не виденные сцены: как обыденные, так и необычные – экзотические страны, космические путешествия, грандиозные катастрофы. В рамках непсихотических форм острой интоксикации яркие представления обоих видов, хотя и имеют оттенок непроизвольности, т. е. возникают как бы сами по себе, всегда оцениваются опьяневшим как собственные психические феномены; он сохраняет способность регулировать свою мыслительную деятельность, может отвлечься от описанных ярких представлений, переключить свое внимание на другой предмет.

Далее, при развитии психоза, способность контролировать свою психику утрачивается, состояние переходит в развернутый онейроид. Возникают сновидные грезоподобные переживания с невозможностью «пробуждения» больного. Часто обнаруживаются

кататоноподобные включения. Содержание переживаний может быть любым, причем опьяневший может становиться как бы участником событий и даже видеть себя со стороны.

Следует отметить, что человек, употребляющий галлюциногены, не ставит задачи вызвать у себя развернутый психоз. Ему достаточно достичь фазы иллюзорных расстройств или ярких представлений. Более тяжелые формы расстройств восприятия являются для опьяневшего нежелательным последствием эксцесса.

В большинстве случаев прием галлюциногенов сопровождается седацией. Но иногда вещества этого типа дают противоположный эффект. Препарат экстази, например, обладает достаточно выраженным стимулирующим действием. Таким образом, возникает сочетание легких расстройств восприятия, повышенного настроения и стимуляции. Прием экстази поддерживает активность молодых людей во время их многочасовых танцевальных марафонов на дискотеках, поэтому, к сожалению, обладает столь большой популярностью среди лиц данной возрастной группы.

В соответствии с МКБ-10 ***табак*** не относится ни к наркотическим, ни к психотропным, ни к токсическим веществам. Как известно, он содержит никотин, смолы и ряд других ингредиентов. Характер опьянения при курении табака состоит в нерезко выраженном подъеме настроения и легкой седации.

Летучие растворители выделены составителями МКБ-10 в отдельную группу, хотя по характеру своего действия они являются типичными галлюциногенами. Это связано с особым способом их введения в организм (ингаляцией) и невозможностью осуществлять государственный контроль над веществами этого типа из-за их повсеместной распространенности. Используют летучие растворители обычно подростки, вдыхая пары, исходящие из смоченной этими веществами ткани. Иногда при этом для увеличения концентрации вещества во вдыхаемых парах подростки надевают себе на голову полиэтиленовый пакет.

Для ингаляции используется множество различных жидкостей, содержащих органические растворители: ацетон, трихлорэтил, нитрокраски, клеи, лаки, бензин и др. Эти вещества не включены, естественно, в списки наркотиков и психотропных средств, поэтому в классификации проходят под рубрикой токсических веществ.

Существует также ряд эффектов, связанных с длительным приемом органических растворителей и принимающих стойкий, а иногда и необратимый характер. Имеется в виду прежде всего интеллектуально-мнестическое снижение.

Психические расстройства, вызываемые психоактивными веществами

В классификации психических расстройств, вызываемых ПАВ, во-первых, использован принцип деления расстройств на непсихотические и психотические. Применительно к психотическим нарушениям они дифференцируются в зависимости от острого и хронического течения. Наконец, специально выделен раздел, посвященный негативным, дефицитарным расстройствам, которые при наркологических заболеваниях проявляются в основном в форме интеллектуально-мнестического снижения. Далее перечисляются те психические расстройства, вызываемые ПАВ, которые встречаются в практике судебно-психиатрической экспертизы.

А. *Непсихотические состояния*.

1. Опьянение (острая интоксикация) ПАВ – непсихотические варианты[3] (ст. 22 УК РФ).

2. Зависимость от ПАВ (ст. 22 УК РФ; ст. 30 ГК РФ).

Б. *Психотические состояния*.

1. Острые психозы (ст. 21, УК РФ):

а) с помрачением сознания,

б) без помрачения сознания.

2. Хронические психозы с продуктивной симптоматикой: алкогольный бред ревности, хронический вербальный галлюциноз и другие состояния (ст. ст. 21, 22 УК РФ).

В. *Интеллектуально-мнестическое снижение* (ст. ст. 30, 177 ГК РФ; ст. ст. 21, 22 УК РФ):

1. Амнестический синдром.

2. Стойкое когнитивное расстройство.

3. Деменция общего характера.

Г. *Смешанные состояния* (ст. ст. 30, 177 ГК РФ; ст. ст. 21, 22 УК РФ).

Непсихотические расстройства, вызываемые психоактивными веществами

Как уже было показано, непсихотические расстройства делятся на опьянение (острую интоксикацию) и проявления синдрома зависимости. Вначале об острой интоксикации. Какие бы грубые нарушения поведения ни наблюдались в этом состоянии, они сами по себе не могут служить основанием для применения ст. 21 УК РФ. Совершившего в опьянении правонарушение человека нельзя оценивать как больного,

который не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. На это имеются следующие правовые основания. Во-первых, острая интоксикация не входит в перечень расстройств, составляющих медицинский критерий невменяемости. Во-вторых, существует ст. 23 УК РФ, в которой специально оговаривается, что лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванного алкоголем, наркотическими средствами или другими одурманивающими веществами, подлежит уголовной ответственности.

Исключение составляет, во-первых, патологическое опьянение, развившееся в структуре острой интоксикации алкоголем, – транзиторное психотическое состояние, при перенесении которого подэкспертный может быть признан невменяемым. Но это качественно иное состояние, которое следует расценивать как временное психическое расстройство, имеющее отличные от простого опьянения этиопатогенез и клиническую картину.

Другим исключением является развитие в структуре острой интоксикации психоактивными веществами с галлюциногенным действием транзиторных делириозных или онейроидных состояний. Они тоже рассматриваются в рубрике психотических состояний.

Это, однако, не значит, что по отношению к лицам, перенесшим непсихотическую форму опьянения, не может быть применена ст. 22 УК РФ. Критерии применения в указанных случаях данной статьи предложены Т.Б. Дмитриевой, Т.В. Клименко, А.Л. Игониным и др. Статья 22 может быть применена, в частности, при совершении преступления в состоянии измененного (атипичного) опьянения. В этом случае в структуре интоксикации могут проявляться возбудимость, эпилептоидные картины, грубое демонстративное поведение, острые аффективные эпизоды. Данные психопатологические проявления, безусловно, препятствуют лицу, совершившему преступление, в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

Другим видом расстройств из числа перечисленных в таблице 3 являются непсихотические нарушения, связанные с синдромом зависимости (наркологическим заболеванием). Диагноз синдрома зависимости устанавливается, исходя из МКБ-10, на основании следующих шести признаков (критериев): а) сильное желание принять ПАВ, б) сниженная способность контролировать прием ПАВ, в) абстинентное состояние, г) повышение или снижение толерантности к ПАВ, д) «поглощенность» больного

употреблением ПАВ, е) употребление ПАВ вопреки вызываемым ими вредным последствиям. В зависимости от того, какой набор из числа этих шести признаков обнаруживается у наркологического больного, определяется стадия заболевания.

Начальная (первая) стадия, а следовательно, и наркологическое заболевание вообще, устанавливается в том случае, если обнаруживаются следующие четыре признака из шести: а) сильное желание принять ПАВ, б) сниженная способность контролировать прием ПАВ, в) повышение толерантности к ПАВ и г) употребление ПАВ вопреки вызываемым ими вредным последствиям. При диагностике первой стадии заболевания не обязательно в наличии должен быть полный набор из этих четырех признаков. Составители адаптированного для России варианта МКБ-10 допускают возможность установления первой стадии заболевания при обнаружении лишь двух признаков из четырех. Поскольку в тексте классификации нет указаний на то, какие именно два признака должны быть использованы, речь может идти о любых двух из четырех перечисленных выше.

Средняя (вторая) стадия зависимости диагностируется при наличии четырех указанных критериев плюс д) абстинентное состояние и е) «поглощенность» больного употреблением ПАВ.

Если имеются все признаки второй стадии, а также снижение толерантности к веществу и стойкие соматоневрологические нарушения, обусловленные злоупотреблением ПАВ, то диагностируется конечная (третья) стадия зависимости.

Наличие некоторых из перечисленных расстройств является основанием для применения ст. 22 УК РФ. К ним в первую очередь относится абстинентное состояние. Переносящий его больной испытывает крайне интенсивную потребность в ПАВ в виде так называемого компульсивного влечения к ним. Это особенно характерно для опийной наркомании. Если больной через 18–24 часа после последнего приема героина не введет себе очередную дозу, его ждет мучительная «ломка». При совершении в таком состоянии правонарушения, связанного с попыткой добыть наркотик, он, несомненно, может быть признан не в полной мере осознающим значение своих действий и тем более неспособным в полной мере руководить ими.

При обследовании наркологических больных необходима оценка имеющихся у них изменений личности. В отечественной психиатрической (наркологической) литературе существует большое число классификаций клинических вариантов изменений личности, развивающихся у наркологических больных. Такого рода изменения рассматриваются в качестве проявлений

наркологического заболевания, а их обнаружение используется для диагностики зависимости. Одной из такого рода схем является приведенная ниже классификация Н.Н. Иванца и А.Л. Игонина. ***Классификация используется преимущественно при диагностике алкоголизма и других наркологических заболеваний, сопровождающихся процессом медленного ослабоумливания.***

Первый этап. Начальная и средняя стадии наркологического заболевания. Заострение, усиление, шаржирование преморбидных личностных особенностей. Выделяются следующие типы: синтонный, неустойчивый, возбудимый, астенический, истерический, шизоидный и пр.

Второй этап. Средняя и конечная стадии наркологического заболевания. Деградация (Жислин С.Г.): нивелировка, уплощение, размывание личностных особенностей. Выделяются следующие компоненты: аффективные расстройства, психопатоподобные проявления, морально-этическое снижение, интеллектуально-мнестическое снижение, утрата критического отношения к заболеванию и своему состоянию в целом.

Данная схема основана на общеизвестной, выдвинутой еще рядом немецких специалистов в начале XX века, концепции двухэтапного процесса нарастания изменений личности при любых экзогенно-органических процессах. На начальных этапах заболевания происходит усиление, заострение, шаржирование характерологических особенностей, на отдаленных же этапах – нивелировка, уплощение, размывание личности.

При наркологических заболеваниях в первой и второй стадиях их течения в зависимости от преморбидных особенностей целесообразно выделять (по частоте встречаемости) следующие типы изменений личности: синтонный, неустойчивый, возбудимый, астенический, истерический, шизоидный и прочие. На отдаленных этапах нивелировка личности при злоупотреблении спиртными напитками проявляется в форме алкогольной деградации. Как отмечал С.Г. Жислин, при данном состоянии преморбидные характерологические особенности отступают уже на второй план, а определяющими являются «нажитые» изъяны личности в виде аффективных расстройств, психопатоподобных проявлений, морально-этического и интеллектуально-мнестического снижения, а также утраты критического отношения к заболеванию и своему состоянию в целом.

Хотя данная схема разрабатывалась применительно к алкоголизму, она используется и при описании изменений личности у больных наркоманиями (токсикоманиями). В

наибольшей степени классификация подходит для описания изменений личности при зависимости от таких веществ, злоупотребление которыми приводит к постепенному нарастанию органических психических расстройств (кроме алкоголя, это барбитураты, бензодиазепины, кустарно изготовляемые амфетамины, летучие растворители).

При опийной наркомании также обнаруживаются изменения личности, подобные описанным при алкоголизме С.Г. Жислиным, но их структурные особенности иные. Аффективные расстройства резче выражены и достигают степени ангедонии – невозможности без наркотиков испытывать вообще какие-либо положительные эмоции даже в ремиссиях. Больные постоянно ощущают угнетенность настроения, сочетающуюся с психическим и физическим дискомфортом. Чем длительнее течение наркомании, тем глубже патология аффективной сферы, которую специалисты объясняют с биологических позиций «изнашиванием» опиатных рецепторов.

У лиц, страдающих зависимостью от опиоидов, обычно в более резкой форме, чем у больных алкоголизмом, проявляются психопатоподобные расстройства с возбудимостью, истерическими и другими проявлениями.

При наркоманиях грубее, чем при алкоголизме, проступают морально-этические дефекты. Как известно, данные личностные характеристики во многом определяются влиянием микросоциальных факторов, а именно – референтных групп. Наркологические пациенты ориентируются на нормы и ценности тех неформальных сообществ, членами которых они являются. Группы наркоманов больше, чем компании алкоголиков, изолированы от общества, противостоят ему, а часто вовлечены и в откровенную криминальную деятельность.

В то же время проявления интеллектуально-мнестического снижения у больных, принимающих относительно очищенные опиоиды, обычно бывают выражены в меньшей степени, чем у лиц, страдающих алкоголизмом.

Следует отметить, что наличие изменений личности у наркологических больных, если они не включают в себя выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, как правило, не является основанием для применения статьи 21 УК РФ. Наркологические больные с обычной деградацией личности (речь идет о лицах, страдающих алкоголизмом) могут признаваться ограниченно вменяемыми.

Психотические расстройства, вызываемые психоактивными веществами

Если непсихотические расстройства с точки зрения применения ст. 21 УК РФ не имеют особого значения, то психозы, вызываемые психоактивными веществами, наоборот, служат неоспоримым основанием для признания подэкспертного, совершившего в психозе ООД, невменяемым. По известному определению А.В. Снежневского, при психозах проявления психической деятельности находятся в грубом противоречии с реалиями окружающего мира, что вызывает резкую дезорганизацию поведения такого лица. Составители МКБ-10 в качестве примеров психотических расстройств приводят бред, галлюцинации, резкое психомоторное возбуждение, ступорозное состояние и кататонический синдром.

Следует отметить, что граница между непсихотическими и психотическими состояниями, вызванными ПАВ, является довольно четкой. Если появились признаки алкогольного (наркоманического) психоза, то он в большинстве случаев очень быстро проходит все этапы своего развития: от начальной фазы к развернутой картине и последующему столь же быстрому выходу из данного состояния. Во многих случаях органических расстройств ненаркологической природы или шизофрении граница между психотическими и непсихотическими состояниями размыта и ответить на вопрос о том, достигает ли уровень патологии психотического или нет, весьма непросто. Тем не менее в наркологии существуют абортивные психотические расстройства, характеризующиеся всего лишь рудиментами обманов восприятия или эпизодами нарушений сознания. Больные, у которых в момент правонарушения имели место такие абортивные психотические симптомы, нередко признаются вменяемыми. Безусловным основанием для применения ст. 21 УК РФ является диагностика состояний, достигших психотического уровня (принявших клинически развернутую форму). Ниже даются критерии психотического уровня алкогольных (наркоманических) психозов.

Если у наркологических больных возникают психотические состояния, то они, как уже говорилось ранее, обычно носят острый характер. Хронические психозы, вызываемые ПАВ, распространены гораздо меньше. Кроме того, в России резко преобладают психозы алкогольного генеза. Наркоманические психозы попадают в поле зрения специалистов пока еще относительно редко.

Острые психозы, вызываемые ПАВ, могут сопровождаться и не сопровождаться помрачением сознания. Первый вариант наблюдается в лечебной и экспертной практике значительно чаще. Далее приводится описание этих двух вариантов психоза.

Острые алкогольные (наркоманические) психозы, сопровождающиеся помрачением сознания

Ниже приведены критерии установления психотического уровня синдромов помрачения сознания, возникающих при злоупотреблении ПАВ. Речь идет о делирии (Д.), онейроиде (О.) и сумерках (С.).

1. Дезориентировка в окружающем (полная при С. и почти полная при Д. и О.).
2. Потеря связи с внешним миром («герметичность» сознания) – полная при С. и почти полная при Д. и О.
3. Сценоподобные зрительные галлюцинации с вторичными бредовыми расстройствами (при Д.).
4. Сновидные грезоподобные переживания с невозможностью «пробуждения» (при О.).
5. Рудиментарные галлюцинаторные и бредовые расстройства (при С.).
6. Аффект страха или гнева (более острый при С. и менее острый при Д.).
7. Изменение двигательной активности (резкое психомоторное возбуждение при С., умеренное возбуждение – при Д., заторможенность – при О.).
8. Агрессия (брутальная при С., умеренная при Д.).
9. Амнезия событий, связанных с совершением ООД (полная при С., почти полная при Д. и О.).

Наиболее распространенным при злоупотреблении ПАВ психозом является делирий. Возможен также онейроид. Сумеречное помрачение сознания в общей практике – редкое явление, но в условиях судебно-психиатрической экспертизы этот вид помрачения сознания встречается достаточно часто. Для судебно-психиатрической практики характерны также структурно сложные состояния. Например, на высоте делирия возникают сумерки, которые длятся буквально минуты. ООД нередко совершаются именно в этот короткий отрезок времени.

При клинически развернутых психозах, сопровождающихся помрачением сознания, два первых вида расстройств – дезориентировка и потеря связи с внешним миром – свидетельствуют об очень глубоком уровне нарушений сознания. Помрачение сознания является полным при сумерках и почти полным при делирии или онейроиде. Продуктивные психотические расстройства («начинка» данных состояний) при каждом виде помрачения сознания разные. В структуре делирия и онейроида продуктивные психические расстройства носят развернутый характер. В первом случае это сценоподобные

зрительные галлюцинации с вторичным бредом, во втором – сновидные грезоподобные переживания с невозможностью «пробуждения». При сумерках возможны лишь рудиментарные галлюцинаторные и бредовые расстройства.

Аффект страха или гнева очень острым бывает при сумерках, менее острым – при делирии, при онейроиде он явно не обнаруживается.

Следующие два пункта касаются двигательной активности при разных синдромах помрачения сознания. Сумерки сопровождаются особенно резкими психомоторным возбуждением и агрессией. При делирии двигательное возбуждение выражено, как правило, меньше. Для онейроидного синдрома больше характерна заторможенность, вплоть до субступорозных состояний. Но опасность совершения импульсивных поступков существует и при онейроиде.

Наконец, о психотическом уровне указанных синдромов свидетельствует амнезия событий, связанных с совершением ООД: полная или почти полная.

Несколько слов следует сказать о патологическом опьянении. В соответствии с МКБ-10 под ним понимается редко наблюдающееся кратковременное острое психотическое состояние, которое возникает после приема малых доз спиртных напитков и протекает при отсутствии признаков обычного алкогольного опьянения. Отмечаются глубокое нарушение сознания, психомоторное возбуждение, агрессия и, как правило, последующая амнезия. Особенностью поведения лиц, находящихся в состоянии патологического опьянения, является совершение неадекватно жестоких насильственных действий, направленных на людей либо случайных, либо знакомых, но не имевших с подэкспертным неприязненных отношений. Характерны множественность и стереотипность насильственных действий, а также отсутствие попыток скрыть следы преступления. Однако в последние годы термин «патологическое опьянение» судебными психиатрами почти не используется. Состояния, ранее описывавшиеся как патологическое опьянение, чаще обозначаются понятием «сумеречное помрачение сознания».

Острые алкогольные (наркоманические) психозы, не сопровождающиеся помрачением сознания

Ниже приведены ***критерии психотического уровня второго вида синдромов, не сопровождающихся помрачением сознания***. Это острые галлюцинозы, параноиды, синдром Кандинского и

аффективные состояния.

1. Развернутые продуктивные расстройства:

а) бред (обычно острый чувственный);

б) обильные галлюцинации с возможными вторичными бредовыми переживаниями;

в) автоматизмы;

г) мании и депрессии с классической триадой и аффективными бредоподобными идеями.

2. Связанная с продуктивными расстройствами грубо неадекватная оценка происходящих событий при формально сохранной ориентировке в окружающем.

3. Острый аффект страха или гнева.

4. Выраженное психомоторное возбуждение с возможной агрессией или аутоагрессией.

5. Некритичность к своему состоянию в остром периоде.

Психотический уровень нарушений в структуре этих состояний характеризуется развернутыми продуктивными расстройствами. Может быть острый чувственный бред со всеми специфическими для этого состояния симптомами: бредовым восприятием, бредовой ориентировкой, инсценировкой, ложными узнаваниями, положительными и отрицательными двойниками. Возможны рудиментарные обманы восприятия.

При галлюцинаторном синдроме обманы восприятия носят обильный характер, часто являются императивными, сопровождаются галлюцинаторным бредом. Столь же яркий и чувственный характер имеют автоматизмы. Преобладают кинестетические и сенестопатические феномены такого рода.

Хотя при этих состояниях нет помрачения сознания и нарушений ориентировки в окружающем, оценка происходящих событий из-за наличия обильных продуктивных расстройств оказывается грубо неадекватной.

Все указанные синдромы обычно возникают на фоне острого аффекта страха или гнева, а также психомоторного возбуждения с возможной агрессией или аутоагрессией. Характерна также некритичность больных к своему состоянию в остром периоде.

Описанные психозы, не сопровождающиеся помрачением сознания, могут, естественно, возникать и при других психических заболеваниях, например, при шизофрении. Существуют, однако, признаки, позволяющие в таких случаях проводить дифференциальную диагностику.

Таким образом, при наркологическом генезе психоза должна обнаруживаться четкая хронологическая и причинно-следственная связь между приемом ПАВ и возникновением указанных выше синдромов. Психотические расстройства могут

развиться в структуре либо острой интоксикации психоактивными веществами (при злоупотреблении галлюциногенами или каннабиноидами), либо абстинентного синдрома (при злоупотреблении алкоголем, седативно-снотворными веществами). Зависимость от кокаина и амфе таминов сопровождается психо – тическими расстройствами, которые могут возникнуть в структуре как первого, так и второго вида синдромов.

При наркологическом генезе патологии вслед за прекращением употребления психоактивных веществ обычно следует выход из психоза. Особенно часто диагностические сомнения возникают при развитии шизофреноподобной психотической симптоматики у лиц, зависимых от каннабиноидов. В связи с нозологической оценкой такого рода состояний Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок отмечают, что затяжной характер описанных состояний (после прекращения употребления гашиша) обычно свидетельствует о развитии шизофрении. Прием каннабиноидов играет здесь роль фактора, обусловливающего либо манифестацию процесса, либо развитие рецидива шизофрении.

Если психоз вызван злоупотреблением ПАВ, то критическое отношение к болезненным переживаниям обычно восстанавливается быстро, в первые же дни после исчезновения психотических симптомов. Кроме того, для состояний такого рода не характерны резидуальные болезненные проявления, например, сохраняющиеся после выхода из психоза отдельные галлюцинации или бредовые расстройства.

Наконец, в тех случаях, когда диагноз ограничивается синдромом зависимости от ПАВ, в период после перенесенного психоза не развиваются личностные изменения, характерные для эндогенных процессов. Речь идет о нарушениях мышления, эмоциональном обеднении, аутизме, снижении энергетического потенциала и других признаках.

Особое место занимает экспертная оценка аффективных расстройств, обусловленных злоупотреблением ПАВ. Эта проблема возникла после того, как на российском рынке наркотиков появились кокаин и некоторые другие стимуляторы, при злоупотреблении которыми как раз и возникают выраженные аффективные нарушения. Следует отметить, что они редко достигают психотического уровня. Однако при тяжелой зависимости от стимуляторов возможны клинически развернутые мании и депрессии. Первые обычно развиваются в структуре острой интоксикации стимуляторами, вторые – в структуре вызываемых ими абстинентных состояний.

О психотическом уровне маниакального состояния свидетельствуют выраженные проявления классической триады: чрезмерная психомоторная активность, ускорение мышления, неадекватное повышение настроения, карикатурная переоценка собственной личности, утрата критического отношения к себе, бредоподобные идеи собственного могущества, полная дезорганизация поведения с совершением безрассудных поступков.

Проявления депрессии аналогичного уровня сопровождаются резким моторным и идеаторным торможением, глубоким чувством тоски, идеями самообвинения и самоуничижения, выраженными нарушениями сна и аппетита, суицидальными тенденциями и другими известными проявлениями.

Хронические психозы

Длительно, в течение многих месяцев и лет сохраняющиеся продуктивные психотические расстройства алкогольного и наркотического генеза в экспертной практике – большая редкость. Если бывают такие случаи, то это, как правило, алкогольные психозы. Во-первых, может обнаруживаться алкогольный бред ревности с продолжительным течением и, во-вторых, хронический вербальный галлюциноз. Катамнестическое обследование больных с указанными состояниями позволяет в части слу чаев пересмотреть диагноз и установить процессуа льную природу расстройств.

Экспертная оценка таких случаев является традиционной и основывается на тех же принципах, о которых уже говорилось при описании острых психозов алкогольного (наркоманического) генеза. Если обнаруживаются клинически развернутые психозы, обусловливающие совершение правонарушения, то по отношению к таким подэкспертным скорее всего будет применена ст. 21 УК РФ, т. е. они будут признаны лицами, которые в момент совершения ООД не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Если болезненные расстройства проявляются в относительно легкой форме и явно не влияют на поведение подэкспертных, то может быть применена ст. 22 УК РФ.

Психотический уровень при идеях ревности констатируется в тех случаях, когда они достигают степени бреда со всеми критериями, отделяющими его от сверхценных образований. Идеи ревности являются в момент совершения ООД остро актуальными для подэкспертных и оказывают глубокое влияние

на их поведение. Психотический уровень предполагает их некритичность к болезненным переживаниям, неспособность изменить свою точку зрения и признать ошибочность высказываемых суждений. Общественно опасные деяния обычно являются следствием болезненных расстройств и направлены на объект ревности или связаны с бредовыми переживаниями каким-либо иным образом.

Соответственно если идеи ревности не имеют столь значительной клинической выраженности, степень их проявлений явно не превосходит уровень сверхценных образований, суждения такого рода не столь остро актуальны для подэкспертных, как в случае бреда, и поддаются коррекции, а совершенные общественно опасные деяния прямо не связаны с болезненными переживаниями, то ст. 21 УК РФ по отношению к таким подэкспертным скорее всего применена не будет.

Для хронического вербального галлюциноза психотический уровень означает наличие обильных, постоянно возникающих в течение суток обманов восприятия, к которым больные некритичны. Данные болезненные расстройства вызывают у подэкспертных выраженные эмоциональные реакции и грубо нарушают их поведение. Общественно опасные деяния в этих случаях могут быть прямо связаны с переживаниями больных (например, под влиянием «голосов» императивного характера они совершают агрессивные действия). Иногда влияние болезненного состояния пациентов на совершение ООД проявляется в более замаскированной форме. В любом случае такое состояние обычно служит основанием для признания подэкспертных невменяемыми.

Соответственно наличие обманов восприятия, носящих рудиментарный характер, возникающих редко, сопровождающихся осознанием их болезненного характера (лица, страдающие алкоголизмом, нередко «привыкают» к слуховым галлюцинациям и становятся критичными к ним), не позволяет признать состояние больных психотическим. В этих случаях галлюцинации не вызывают у пациентов резкой аффективной реакции, не дезорганизуют их поведение. При этом обычно оказывается, что совершенное ООД не имеет прямой связи с болезненными переживаниями подэкспертного. В описанных случаях применение ст. 21 УК РФ, как правило, не рекомендуется.

Интеллектуально-мнестическое снижение

Среди нарушений интеллекта и памяти, вызванных

психоактивными веществами (в первую очередь алкоголем), очень высока доля выраженного снижения. Особое значение этот вид расстройств имеет для гражданской экспертизы. Чаще всего экспертам приходится рассматривать вопросы о применении ст. ст. 30 и 177 ГК РФ.

Ст. 30 ГК об ограничении дееспособности направлена, как известно, на защиту больного и его родственников от утраты имущества, в первую очередь квартир. В соответствии с данной статьей гражданин, злоупотребляющий алкоголем или наркотиками и ставящий свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности. Над ним устанавливается попечительство, что исключает совершение данным лицом различного рода имущественных сделок.

Для применения ст. 30 нет необходимости, чтобы гражданин страдал наркологическим заболеванием, поэтому проведение судебно-психиатрической (судебно-наркологической) экспертизы не является обязательным. Тем не менее заключение специалиста может часто использоваться в суде как доказательство по делу. Осуществление такого рода экспертизы обычно поручается специальным комиссиям наркологических диспансеров по проведению экспертиз. Но иногда эта процедура проводится и судебными психиатрами.

Другая статья Гражданского кодекса, направленная на защиту прав наркологических больных, – ст. 177. Освидетельствование на предмет применения данной статьи проводится судебными психиатрами достаточно часто. Если ст. 30 никак не влияет на результаты сделки, уже совершенной тем или иным лицом, то ст. 177 при определенных условиях позволяет суду признать сделку недействительной. Это возможно в том случае, когда в соответствии со ст. 177 сделка была совершена гражданином «в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими».

При этом следует сразу сказать, что алкогольное опьянение само по себе не может служить основанием для признания лица, совершившего в этом состоянии сделку, неспособным понимать значение своих действий или руководить ими. Опьянение умеренной выраженности не может нарушить способность подэкспертного понимать значение своих действий и руководить ими. Если же опьянение очень глубокое, то подэкспертный просто не в состоянии производить сложные действия, которые необходимы, в частности, для совершения сделки.

Ст. 177 ГК РФ не может быть применена также по отношению к больным с обычным неосложненным алкоголизмом. Основанием для признания того или иного лица неспособным

понимать значение своих действий или руководить ими является наличие в момент совершения сделки симптомов, выходящих за рамки обычного течения заболевания, к которым, как правило, относится интеллектуально-мнестическое снижение.

Далее будет более подробно сказано о различных состояниях интеллектуально-мнестического снижения, при которых применяются ст. 177 ГК РФ и ст. ст. 21, 22 УК РФ. К таким состояниям относятся, как это уже было показано, амнестический синдром, стойкое когнитивное расстройство и деменция общего характера.

Амнестический синдром, вызываемый психоактивными веществами

В последнее десятилетие в нашей стране стали заметно чаще наблюдаться случаи наркологических заболеваний, сопровождающихся амнестическими расстройствами. Как правило, речь идет о больных с тяжелыми (II–III, III) стадиями алкоголизма. Такие лица нередко поступают на судебно-психиатрическую экспертизу. Для этиопатогенеза амнестического синдрома, особенно тяжелых его форм, большое значение имеет не только злоупотребление психоактивным веществом (алкоголем), но и дефицит в организме ряда жизненно важных субстанций: витаминов группы В, белков, микроэлементов и других.

Амнестический синдром может проявляться в более легкой и более тяжелой формах. Тяжелый вариант имеет классическое название – корсаковский синдром. Более легкий вариант иногда называют (Шумский Н.Г.) «корсаковоподобным» состоянием.

Развивается амнестический синдром при алкоголизме обычно после одного из наиболее тяжелых запоев или после длительного постоянного пьянства. Возникновению расстройств памяти, как правило, предшествует тяжелое длительное абстинентное состояние. На его фоне возможно возникновение психотических расстройств (чаще всего делирия).

Стержневым симптомом амнестического синдрома (табл. 3) является так называемая фиксационная амнезия, охватывающая события последних часов, минут, секунд. При легком варианте из памяти больного выпадают не все, а только отдельные, в особенности мелкие, события и их детали. Общий же ход всего происходящего в последние часы больной способен успешно воспроизвести. Нарушения памяти могут также проявляться в том, что больной путает последовательность только что

происходивших событий. Он испытывает также трудности при усвоении новых знаний и навыков.

Таблица 3

Амнестический синдром при наркологических заболеваниях (алкоголизме)

Характер проявлений	Более легкий вариант	Более тяжелый вариант (корсаковский синдром)
Нарушения памяти на текущие события (фиксационная амнезия)	Умеренные (распространяются на часть событий)	Грубые (распространяются на все события)
Нарушения памяти на недавние события	Выражены незначительно	Выражены значительно
Нарушения памяти на прошлые события	Отсутствуют	Могут быть, но выражены относительно слабо
Конфабуляции	Отсутствуют	Могут обнаруживаться
Нарушения ориентации в месте и времени пребывания	Отсутствуют	Выражены (амнестическая дезориентировка)
Нарушения интеллекта	Выражены относительно незначительно	Выражены отчетливо (носят вторичный характер)
Нарушения работоспособности и социальной адаптации	Умеренно выражены	Полная дезадаптация и инвалидизация
Обратная динамика амнестических расстройств	Возможна довольно глубокая	Отсутствует или проявляется незначительно

При тяжелом варианте непосредственное запоминание грубо нарушено, и больной совершенно не способен удерживать в памяти текущую информацию. Например, во время обеда больной, съев первое блюдо и переходя ко второму, не помнит, что он ел на первое.

У больных обеих категорий имеются нарушения памяти не только на текущие, но и на недавние события, случившиеся в последние дни и недели, т. е. после развития данного состояния либо незадолго до его возникновения. Но при легком амнестическом синдроме эти расстройства незначительны (больной, например, может лишь перепутать последовательность происходивших событий), а при корсаковском синдроме эти расстройства значительно более выражены. В памяти пациентов могут остаться лишь обрывки воспоминаний о происходившем в недавнем прошлом.

При всем этом у пациентов с алкогольным амнестическим

синдромом память на давние события, случившиеся месяцы, годы назад, грубо не нарушена. Это относится даже к тяжелому варианту амнезий.

Для больных с корсаковским синдромом характерны конфабуляции (ложные воспоминания), а также так называемая амнестическая дезориентировка. При этом ложная ориентация в месте пребывания часто бывает сюжетно связана с конфабуляциями. Например, больной считает, что находится в данном помещении в связи с выполнением его профессиональных обязанностей, и рассказывает, кто и зачем направил его сюда. При легком варианте ориентировка больного в месте полностью сохранена. Он может лишь неточно ответить на вопрос о сегодняшней дате.

Нарушения интеллекта носят у больных с амнестическим синдромом вторичный характер и резко выражены только у больных с тяжелым амнестическим синдромом, у которых из-за расстройств памяти нарушены последовательность и связность мышления. Больной с корсаковским синдромом не способен решить даже несложную задачу, требующую интеллектуальных усилий. Пациент же с легкими амнестическими расстройствами без труда выполняет большинство инструкций, но может испытывать затруднения, если речь идет о сложном задании, при котором необходимо удерживать в памяти какую-либо информацию продолжительное время.

У больных с амнестическим синдромом нарушены работоспособность и социальная адаптация. При этом пациенты с легкими расстройствами этого типа могут вполне успешно выполнять свои привычные, иногда довольно сложные обязанности на производстве. Но освоение новых сфер деятельности вызывает у них большие трудности. Правда, в связи с сохранным интеллектом они обычно довольно успешно маскируют имеющиеся у них нарушения памяти.

У больных с корсаковским синдромом работоспособность полностью нарушена. Из-за невозможности удерживать в памяти необходимую информацию хотя бы несколько минут они не способны довести до конца начатое дело, даже самое простое. При особо тяжелом корсаковском синдроме больные абсолютно беспомощны, не способны даже обслуживать себя.

При обследовании больных с амнестическим синдромом, как правило, выявляются неврологические расстройства. Их выраженность обычно коррелирует с тяжестью расстройств памяти, хотя это и бывает, как отмечает Н.Г. Шумский, не всегда. Преобладают явления полиневрита, в особенности в области нижних конечностей, – от легких расстройств до вялых

параличей. Возможны и отдельные центральные синдромы.

Функции памяти у больных алкоголизмом при современном интенсивном лечении могут заметно улучшаться. При легком амнестическом синдроме нередко наблюдается глубокая позитивная динамика, хотя полностью способность к запоминанию деталей текущих событий у большинства больных все же не восстанавливается. При корсаковском же синдроме улучшение памяти либо отсутствует, либо проявляется незначительно.

Амнестический синдром имеет при судебно-психиатрической оценке наркологических больных, особенно страдающих алкоголизмом, большое значение. При этом как тяжелый, так и легкий варианты амнестических расстройств служат полным основанием для применения ст. 177 ГК РФ. Любой подэкспертный, находившийся в таком состоянии, при совершении сделки не мог понимать значение своих действий или руководить ими.

При проведении экспертизы следует лишь учитывать два обстоятельства. Во-первых, легкий вариант амнестического синдрома может претерпевать значительную позитивную динамику. Если в момент проведения экспертизы расстройства этого типа явно не обнаруживаются, это еще не значит, что они отсутствовали в момент совершения сделки.

В условиях судебно-психиатрической экспертизы следует учитывать еще одно обстоятельство. Ранее уже говорилось, что обычное опьянение и абстинентное состояние не могут служить основаниями для применения ст. 177. Между тем амнестические расстройства часто сочетаются именно с этими состояниями. При этом опьянение (имеется в виду легкое) и абстинентный синдром сами по себе могут отрицательно влиять на функции непосредственного запоминания. Поэтому получается сложный конгломерат из нарушений разного вида. Из них надо вычленить расстройства памяти как таковые.

Основанием для обнаружения амнестических расстройств является несоответствие, своего рода «ножницы», имеющиеся в момент совершения сделки между небольшими проявлениями опьянения или абстинентного синдрома и выраженной неспособностью фиксировать в памяти происходящие события. В таких состояниях больные могут внешне правильно себя вести, производить относительно сложные действия, связанные, например, с процедурой совершения сделки. Но при этом они неточно ориентируются в месте проведения сделки, не могут запомнить имена ее участников, не способны привести точные данные о своей недвижимости, не осознают последствий,

связанных с ее утратой. Следует также учитывать некоторые косвенные признаки, характерные для психики некоторых больных алкоголизмом с амнестическими расстройствами, – беспечность, благодушие и эйфорию.

Решение вопроса о вменяемости-невменяемости подэкспертного с амнестическим синдромом зависит в первую очередь от тяжести состояния. Безусловно больной, совершивший ООД в состоянии корсаковского психоза, не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Если же речь идет о легком варианте амнестического синдрома, то эксперты чаще признают таких лиц вменяемыми. Но иногда совершение правонарушения определяется наличием у подэкспертного амнестического синдрома даже в легком его варианте. Это может служить основанием для применения ст. 21 УК РФ.

И уже совершенно очевидно, что совершившие правонарушения наркологические больные с легкими амнестическими расстройствами могут признаваться ограниченно вменяемыми.

Стойкое когнитивное расстройство и деменция, вызываемые психоактивными веществами

В таблице 4 приведены данные о когнитивных расстройствах и деменции у наркологических больных. В нашей стране когнитивные расстройства, как и амнестические, чаще всего наблюдаются у больных алкоголизмом. Однако встречаются лица с данной патологией, злоупотребляющие седативно-снотворными веществами, кокаином, некоторыми галлюциногенами, летучими растворителями.

В МКБ-10, как и в других клинических схемах, понятие «когнитивное нарушение» является более широким, чем понятия «нарушения познавательной деятельности» или «расстройства интеллекта». Это, по существу, синдром, охватывающий все сферы психики и личности пациента. Приведенные в таблице данные отражают специфику проявления когнитивных расстройств у наркологических больных, в первую очередь у больных алкоголизмом. В этиопатогенезе когнитивных расстройств и особенно деменции, развившихся у наркологических больных, большое значение имеет не только злоупотребление психоактивным веществом как таковое, но и ряд других факторов. К ним относятся интоксикационные воздействия, травмы (часто повторные), сосудистые и

инфекционные заболевания. Когнитивные расстройства следует делить на более легкие и более тяжелые.

Патология мышления является хотя и не единственным, но ключевым видом расстройств в структуре синдрома когнитивных нарушений. При легком варианте синдрома интеллектуальная патология выражена слабо и ограничивается поверхностным либо конкретным мышлением. Процесс абстрагирования не нарушен. Больные относительно критичны к складывающейся ситуации (если есть некритичность, то она носит локальный характер и касается лишь отрицания у себя алкоголизма).

При более тяжелом варианте расстройства мышления уже выражены отчетливо, они без особого труда распознаются при патопсихологическом исследовании. Наблюдается общая обедненность интеллекта. Нарушается функция абстрагирования, что проявляется в недостаточной способности пациента оперировать отвлеченными понятиями, выявлять глубинные причинно-следственные связи и отделять главное от второстепенного. У таких лиц отмечаются также повышенная внушаемость и затруднения при концентрации внимания.

При деменции нарушения мышления и интеллекта еще более выражены и характеризуются дезорганизацией или опустошением интеллектуальной деятельности.

Если при амнестическом синдроме расстройства памяти выступают на первый план, то при когнитивном расстройстве они проявляются менее отчетливо. У пациентов с легким вариантом когнитивных нарушений функции памяти вообще могут оставаться сохранными. У больных с более тяжелым вариантом когнитивных расстройств патология памяти уже начинает проявляться, но она носит умеренный характер. При этом страдают не только непосредственное запоминание, но и память на недавно происходившие, а также прошлые события. При деменции амнестические нарушения приобретают резко выраженные формы.

Нарушения эмоциональной сферы у наркологических больных, как правило, сопутствуют когнитивным расстройствам. При легком варианте для пациентов характерны неустойчивость настроения, быстрые переходы от пониженного к ровному или слегка повышенному, беспечному настроению. Возможны эпизоды открыто проявляемых раздражения, недовольства происходящим. Более тяжелому варианту когнитивных расстройств соответствуют более выраженные эмоциональная неустойчивость и возбудимость. Больные не могут контролировать свои эмоции даже в ответственных ситуациях или в формальной обстановке (в учреждении, на улице). При деменции обычно обнаруживается

апатический дефект, хотя возможны неадекватно проявляющиеся грубые вспышки гнева.

Для наркологических больных характерно морально-этическое снижение, глубина которого обычно коррелирует с выраженностью когнитивных расстройств. При его легком варианте может обнаруживаться лишь недостаточное чувство долга по отношению к семье и служебным обязанностям.

При более тяжелом варианте морально-этические дефекты проявляются уже в достаточно грубой форме. Таким лицам свойственны лживость, эгоцентризм, открытое пренебрежение своими обязанностями. Наконец, у наркологических пациентов с деменцией обнаруживается полное отсутствие задержек при совершении асоциальных действий (особенно поступков, связанных с попытками добыть алкоголь или другое психоактивное вещество).

Проводя дифференциацию между легким и тяжелым вариантами когнитивных расстройств, важно учитывать внешние стороны поведения наркологических больных. При легком варианте расстройства поведения в обычных условиях практически не проявляются. Больные могут вести себя некорректно или неадекватно только в социально сложных ситуациях, смысл которых в силу развивающихся когнитивных расстройств понимается ими недостаточно.

При более тяжелом варианте для больных характерно систематическое совершение различных неуместных и бестактных поступков. Такие лица в наркологических отделениях (их обычно 10–20 %) заметно отличаются от остальных пациентов и выглядят на их фоне «белыми воронами». В еще большей степени эта особенность характерна для больных с деменцией, поведение которых абсолютно неадекватно, что изолирует их от социальной среды, даже от привычного окружения, состоящего из таких же деградировавших партнеров по выпивкам (при алкоголизме).

Наконец, наличие когнитивных расстройств тесно связано с нарушениями социальной адаптации больных. При легком варианте дело ограничивается неспособностью к служебному росту и полноценному выполнению семейных обязанностей. Тем не менее, если условия благоприятствуют этому, больные сохраняют место работы и семью. Могут обнаруживаться сужение круга интересов, отказ от увлечений и хобби.

При тяжелом варианте когнитивных расстройств нарушения социальной адаптации более выражены. Утрачиваются сложные производственные навыки, снижается трудоспособность, что обычно ведет к увольнениям, частой смене мест работы, деквалификации. Также характерны грубые нарушения семейных

отношений, распад семьи. При всем этом пациенты с тяжелым вариантом когнитивных расстройств в отличие от больных с деменцией способны к самостоятельному существованию, могут обслуживать себя в быту.

При развитии деменции способность выполнять свои обязанности на производстве утрачивается. Исключение составляют лишь самые простые задания. Такие лица не справляются и со своими семейными обязанностями. Для них характерны иждивенческие тенденции, неряшливость, бытовая неустроенность, вплоть до полной неспособности обслуживать себя в быту.

Особое место занимают когнитивные расстройства у подростков, вдыхающих органические растворители. Через 1–2 года регулярных ингаляций оказывается, что несовершеннолетний пациент хуже, чем раньше, усваивает новый учебный материал, недостаточно ориентируется в сложных социальных ситуациях, полностью некритичен к себе, пассивен, не проявляет инициативы. Часто более грубым становится делинквентное поведение. Обнаруживается нарастающая органическая микросимптоматика. Возможны различные центральные органические синдромы.

Как и больные с амнестическим синдромом, лица со стойким когнитивным расстройством, вызванным ПАВ, встречаются в судебно-психиатрической практике достаточно часто. Это бывает, в частности, при решении вопроса о применении ст. 177 ГК РФ. Именно разделение когнитивного расстройства на более легкий и более тяжелый варианты может служить основанием для принятия правильного экспертного решения. Наличие тяжелого варианта когнитивного расстройства соответствует критерию, при котором подэкспертный в момент совершения сделки не мог понимать значение своих действий или руководить ими. Тем более это относится к деменции.

Иное экспертное решение обычно принимается по отношению к наркологическим больным с легким вариантом стойкого когнитивного расстройства, очень часто обнаруживаемого в наркологической практике. Данный вариант когнитивных нарушений можно выявить, например, у большинства больных со 2-й стадией алкоголизма. В этих случаях легкие когнитивные нарушения не способны в такой степени повлиять на психику и поведение наркологических больных, чтобы они при заключении сделки не могли понимать значение своих действий и руководить ими.

Нередко встает вопрос и о вменяемости – невменяемости наркологических больных с когнитивными расстройствами. Если

эта патология достигает степени деменции, то такие лица оказываются неспособными при совершении ООД осознавать фактическое значение и социальную опасность своих действий либо руководить ими.

Ясным представляется экспертное решение и в отношении наркологических больных с легким вариантом когнитивного расстройства. Они всегда признаются вменяемыми по отношению к совершенному деянию.

Если ООД совершено лицом с более тяжелым вариантом когнитивного расстройства, вызванного употреблением ПАВ, эксперты обычно склоняются к принятию решения о вменяемости обследуемого. Это не исключает, однако, возможности признания лица с данным вариантом когнитивных расстройств невменяемым (если именно данная патология определила совершение подэкспертным общественно опасного деяния).

Более тяжелый вариант когнитивного расстройства является безусловным основанием для применения ст. 22 УК РФ.

Смешанные состояния, вызываемые психоактивными веществами

Речь идет о довольно тяжелых наркологических пациентах (как правило, больных алкоголизмом). В классификации психических расстройств, вызываемых ПАВ, этот вид патологии обозначен буквой «Г». Клиническая картина смешанных состояний исследована Л.Е. Пищиковой на примере пациентов, проходящих длительное принудительное лечение по поводу алкоголизма в специализированных медицинских учреждениях. У таких больных наблюдается выраженное интеллектуально-мнестическое снижение (тяжелый вариант стойкого когнитивного расстройства, амнестический синдром, деменция общего характера). На этом фоне возникают эпизоды утяжеления состояния. Чаще всего обнаруживаются не только обострения длительно существующих продуктивных расстройств (алкогольный бред ревности, хронический вербальный галлюциноз), но и психотические эпизоды, которые в наркологии обычно рассматриваются в рамках острых состояний (делирии, сумеречные помрачения сознания, острый бред, синдром Кандинского, депрессивные состояния и другие виды расстройств). Характерен рецидивирующий характер течения заболевания, при котором описанные выше эпизоды периодически повторяются после возникновения соматогений, различного рода интоксикаций, повторных травм черепа и других

вредностей.

Если общественно опасные деяния совершаются этими больными в период обострения психотических расстройств, то подэкспертные обычно признаются невменяемыми. Если же это происходит в межприступные периоды, то экспертное решение зависит от выраженности интеллектуально-мнестического снижения. Соответствующие критерии экспертной оценки таких состояний были даны в тех разделах, в которых говорилось об интеллектуально-мнестических расстройствах.

Рекомендуемая литература

Бабаян Э.А. Проблема терминов и их понятийное значение с медико-правовых позиций // Новые лекарственные препараты. – М., 1999. – № 1. – С. 29–39.

Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В., Игонин А.Л. и др. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами: Пособие для врачей. – М., 2000.

Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. – М.: Медицина, 1965.

Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма // Алкоголизм: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1983. – С. 75–149.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: Из синопсиса по психиатрии. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1.

Клименко Т.В., Игонин А.Л., Пищикова Л.Е., Кошелева Т.С. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших общественно опасные деяния в состоянии острой интоксикации психоактивными веществами: Методические указания. – М., 1998.

Малков К.Д. Клинико-динамические особенности расстройств шизофренического спектра и сочетающегося с ними алкоголизма: автореф. дис… канд. мед. наук. – М., 2001.

Пищикова Л.Е. Психические расстройства у больных алкоголизмом, признанных невменяемыми, и их принудительное лечение: автореф. дис… канд. мед. наук. – М., 1997.

Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). – М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 1998.

Снежневский А.В. Клиническая психопатология: Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1. – С. 5–97.

Шумский Н.Г. Алкогольные (металкогольные) психозы:

Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 304–326.

А.А. Ткаченко,
профессор, доктор медицинских наук

Введение в судебную сексологию

Предмет судебной сексологии и сексолого-психиатрической экспертизы

Судебная сексология возникает на пересечении юридических, как уголовно, так и гражданско-правовых, аспектов сексуальности и сексологии как одной из междисциплинарных областей знания.

Концепция сексологии как научной дисциплины со своими собственными правами была впервые предложена в 1907 г. берлинским дерматологом И.Блохом, который провозгласил создание новой «науки о поле», подчеркнув, что она должна синтезировать данные всех наук о человеке, включая общую биологию, антропологию, этнологию, философию, психологию, медицину и историю литературы и искусства. Его идея была вскоре подхвачена заинтересованными коллегами, в особенности М. Гиршфельдом, который в 1908 г. выпустил первый в мире «Журнал сексологии», в 1913 г. стал одним из создателей первого «Медицинского общества сексологии», в 1918 г. основал первый Институт сексологии в Берлине и, наконец, в 1921 г., также в Берлине, провел первый Международный конгресс сексуальных реформ. В 1928 г. на съезде в Копенгагене была основана Всемирная лига сексуальных реформ, первыми президентами которой последовательно были Х. Эллис, М. Форель и М. Гиршфельд. Как Блох, так и Гиршфельд полагали, что традиционные медицинские подходы к вопросам сексуальности крайне ограничены. Только комбинация методов, взятых как из естественных, так и социальных наук, могла охватить комплекс биосоциальных феноменов человеческого сексуального поведения, в связи с чем они ратовали за взаимодействие специалистов из различных областей знания: медицины, биохимии, психологии, этнологии, истории, педагогики, криминологии, юриспруденции, филологии, истории искусств и др.

В 1974 г. Всемирная организация здравоохранения в Женеве провела встречу сексологов и экспертов в области здоровья. В результате в следующем году был опубликован доклад «Образование и лечение человеческой сексуальности: обучение специалистов в области здоровья», в котором, среди прочего,

содержалась рекомендация о том, что сексология должна стать автономной дисциплиной в образовании специалистов. Было дано и первое определение сексуального здоровья, под которым подразумевается *комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви, в основе которого лежит право на информацию в области сексуальности и полового просвещения, а также право на наслаждение.*

Согласно Макку, Баннерману и Бартону, концепция сексуального здоровья включает три основные элемента:

1. Способность человека к наслаждению и контролю сексуального и репродуктивного поведения в соответствии с социальной и личной этикой.

2. Свобода от страха, стыда, чувства вины, ложных убеждений и других психологических факторов, подавляющих сексуальные реакции и ухудшающих сексуальное взаимодействие.

3. Отсутствие органических расстройств, болезней и недостатков, наносящих ущерб сексуальным и репродуктивным функциям.

В значительной степени данные тенденции стали определять и классификационные подходы к тем расстройствам, которые подпадают под определение «психосексуальных». Так, определенный шаг, соответствующий обособлению сексологии, был сделан уже в третьем пересмотре Американской национальной классификации психических расстройств (DSM-III-R), где сексуальные расстройства составили особую рубрику. Еще дальше пошла DSM-IV, в которой данная рубрика озаглавлена уже как «Расстройства сексуальности и половой идентичности» и соответственно она включает практически весь круг возможных аномальных состояний, по отношению к которым уместно использовать определение психосексуальных расстройств. Под последними, таким образом, следует понимать круг нарушений, охватывающих патологические состояния полового самосознания, половой роли, психосексуальных ориентаций и партнерских отношений.

На сегодняшний день тенденции развития сексологии заключаются уже в выделении различных ее направлений, оформляющихся в относительно автономные сферы знания. Среди основных ветвей сексологии необходимо назвать следующие.

Нормальная сексология – изучение биологического, анатомо-физиологического, социально-психологического обеспечения

сексуального здоровья.

Клиническая сексология – изучение аспектов нарушения сексуального здоровья, их диагностика, лечение, профилактика. Она включает в себя два раздела – общую и частную сексопатологию. *Общая сексопатология* изучает эпидемиологию нарушений и девиаций сексуального здоровья, факторы риска, причины и условия возникновения и проявления этих расстройств, основные закономерности формирования сексопатологических симптомов и синдромов, разрабатывает вопросы патогенеза и классификации сексуальных расстройств, общие принципы и методы их лечения и профилактики. Предметом изучения *частной сексопатологии* являются конкретные формы сексуальных нарушений, их этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

Культуральная сексология – сравнительно-историческое и кросс-культурное исследование этнических стереотипов маскулинности и фемининности, полоролевого и сексуального поведения, дифференциации половых ролей и полового разделения труда, половой стратификации и социализации, особенностей полового символизма.

Фамилистика – изучение социально-психологических основ семьи и супружеских отношений, репродуктивного поведения, родительских ролей и внутрисемейной социализации.

Сексологическая проблематика всегда существовала и в судебной психиатрии. Упоминание о необходимости судебной сексологической экспертизы можно встретить в работах Ю. Краттера, Л.Я. Якобзона, в 1970-х годах – в статьях Э.М. Дворкина. Одновременно данная проблема была поднята и зарубежными учеными, в особенности специалистами Чехии, Словакии и Польши. Ими подчеркивалась необходимость комплексного обследования сексуального правонарушителя, включая тщательную сексодиагностику половых отклонений, рассматриваемых как самостоятельные расстройства, способные уменьшать вменяемость. Дж. Мани также указывал на недооценку судебного сексологического исследования и приводил пример расширяющейся практики обучения и подготовки соответствующих кадров в ряде штатов США. Существующее положение в штате Флорида, так же как и в других штатах, признает квалификацию сексолога в качестве эксперта в судебном разбирательстве о сексуальных преступлениях.

В России разработка проблемы экспертных исследований с участием сексолога стала возможной после признания сексопатологии ***самостоятельной клинической дисциплиной***, что закреплено приказом Минздрава СССР № 370 от 10.05.1988 г. «О

дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению». Приказ Минздрава СССР № 110 от 15.03.1990 г. «О внесении изменений в инструктивно-методические указания по аттестации врачей-специалистов и перечень соответствия врачебных специальностей врачебным должностям для аттестации», содержавший указания по ***аттестации врачей-сексопатологов***, давал возможность получить данную специальность представителям таких отраслей медицины, как урология, эндокринология, невропатология, акушерство и гинекология, дерматовенерология, хирургия. Однако приобретения ими специальности сексопатолога было еще недостаточно для привлечения их в качестве экспертов, так как здесь требуются специфичные познания и навыки в более солидном объеме, прежде всего базирующиеся на психиатрической науке. Это связано, в частности, с тем, что в большинстве юридически значимых ситуаций оценке подлежат в первую очередь те аномальные состояния, которые входят в классификацию психических расстройств. Поэтому привлечение сексолога, не имеющего соответствующей узкой специализации, может привести к несоответствию его специальных познаний задаче, поставленной перед экспертизой. Таким образом, сложившаяся до недавнего времени практика не всегда отвечала строгим требованиям к профессии судебного сексолога, чье базовое образование должно быть психиатрическим. Судебная сексология, постепенно приобретающая, как отмечает З. Старович, все более самостоятельный характер, не случайно длительное время рассматривалась в качестве одного из разделов именно судебной психиатрии.

Наконец, существенные коррективы были внесены Приказом Минздрава РФ № 337 от 27.08.1999 г. «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», который установил новый принцип классификации врачебных специальностей. В соответствии с ним выделен ряд так называемых *основных* специальностей и специальностей, «требующих углубленной подготовки», которая проводится через профессиональную переподготовку, ординатуру, аспирантуру только при наличии сертификата по соответствующей основной специальности. ***Базовыми для сексологии здесь установлены лишь психиатрия и эндокринология***.

Вместе с тем, как показывает анализ других экспертных специальностей (на примере судебной психологии это показано Ф.С. Сафуановым), общетеоретические и клинические представления основной дисциплины (в данном случае – сексологии) не исчерпывают специальные познания судебного

эксперта-сексолога и даже не могут быть непосредственно перенесены в практику экспертизы. «Экспертные» судебно-сексологические понятия занимают особое промежуточное положение между сексологическими представлениями как таковыми и юридическими терминами. Поэтому они не могут быть заимствованы в неизменном виде из сексологической теории, так как связь их с судебно-сексологическими понятиями всегда опосредована: последние не содержат никакой информации о своей юридической значимости, о том, какие правовые последствия могут вытекать из их диагностики. Поэтому вслед за иными экспертными науками судебная сексология вынуждена вырабатывать особые «экспертные» судебно-сексологические понятия. Это прежде всего юридические критерии, которые, являясь правовыми нормами, сформулированы в сексологических понятиях, раскрывающих наиболее интегративные, обобщенные особенности отражения сексуальной сферы и регуляции сексуального поведения. Из сказанного вытекает и следующее требование к эксперту-сексологу, который, помимо собственно сексологического образования, должен пройти ***специальную подготовку и в области судебной сексологии***.

По аналогии с сексологией можно дать *определение* судебной сексологии как *междисциплинарной области знаний, охватывающей биологические и социологические аспекты полового диморфизма в его взаимосвязи с юридически значимыми проявлениями жизнедеятельности человека.*

Предметом исследования судебного сексолога-эксперта являются закономерности и особенности формирования полоролевых функций и осуществления сексуальной активности, имеющие юридическое значение и влекущие определенные правовые последствия.

Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза (КССПЭ) – это экспертиза, объединяющая специальные познания эксперта-сексолога и эксперта-психиатра для совместного исследования психосексуальных особенностей подэкспертного в целях получения общего ответа на вопросы, входящие в их совместную компетенцию.

Специфика предмета судебной сексологической экспертизы определяется особенностями сексуальности, в том числе ее сексопатологическими вариантами, которые выявляются в ходе экспертного исследования, а также необходимостью установления их юридического значения и степени их влияния на характер и закономерности его полоролевой и сексуальной деятельности, имеющей значение для права. Специфика предмета КССПЭ

определяется исследованием взаимодействия указанных особенностей с возможными отклонениями в психическом функционировании субъекта, а также их совместного воздействия на отражение окружающего и регуляцию поведения, имеющего юридическое значение.

Существенным является вопрос о разграничении компетенции между экспертами. «Инструкция по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы» (утверждена приказом Минздрава № 161 от 24.04.03 г.) устанавливает, что «если при проведении экспертного исследования возникает необходимость в решении вопроса о половой принадлежности, то врач – судебно-медицинский эксперт – информирует лицо или орган, назначивший это исследование, о целесообразности дополнительного сексологического обследования», а также что «если в процессе экспертного исследования по поводу установления способности к половому сношению возникают вопросы, связанные с половой принадлежностью обследуемых, то к исследованию привлекают врачей-сексопатологов и при необходимости – врачей других специальностей» (п. 4.1.15 и п. 4.2.1.7 раздела «Экспертные исследования лиц мужского пола при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности и по гражданским делам» соответственно). Таким образом, судебная медицина на сегодняшний день отказывается от единоличного решения ряда экспертных задач, правомерно усматривая в них предмет как минимум совместной компетенции, что ведет к неизбежному комплексированию со специалистами иных клинических дисциплин.

Более сложна проблема различения компетенций психиатров и сексологов – это затрудняется тем обстоятельством, что, как указывалось, медицинская сексология является дисциплиной, производной от психиатрии.

Понятие «комплексности» в экспертологии является понятием в первую очередь процессуальным. При этом ст. 23 Закона «О государственной экспертной деятельности в РФ» подразумевает как минимум два варианта производства комплексной экспертизы: когда общий вывод делают все эксперты, участвовавшие в комплексной экспертизе, и когда интегративный вывод формулируется одним из них. Это не случайно, поскольку само по себе понятие «комплексная экспертиза» не является чем-то монолитным и однообразным. Ученые-криминалисты еще в 70-х годах отметили, что понятия «комплексная экспертиза», «комплекс экспертиз», «комплекс исследований в рамках одной экспертизы» в гносеологическом плане равнозначны. Отсюда

следовал вывод о допустимости всех трех форм комплексирования при производстве судебных экспертиз.

Владение междисциплинарными знаниями обусловливает процессуальную допустимость (правомерность) решения экспертной задачи как группой (комиссией) экспертов разных специальностей, так и одним экспертом на основе обобщения результатов частных исследований, полученных экспертами разных специальностей. Данные особенности выработки общего вывода можно проследить на примере различных моделей комплексного экспертного взаимодействия.

Комплексная судебная экспертиза. На этапе раздельных исследований осуществляется собственно комплексное исследование в целях получения разнородной информации о свойствах объекта исследования и отношениях, в которых эти свойства возникли или изменились: решаются промежуточные частные задачи (подзадачи), подчиненные достижению конечной цели – решению главной общей задачи комплексной экспертизы, которое осуществляется в двух вариантах.

Первый вариант. На заключительном этапе реализуется функция интегрирования, т. е. обобщение результатов раздельных исследований и разнородной информации в целях решения главной задачи экспертизы и само ее решение с объединением знаний и опыта экспертов разных специальностей.

Второй вариант. На завершающем этапе оказывается, что лишь один из экспертов обладает знаниями и опытом, достаточным для обобщения всей информации. В этих случаях целесообразно поручить данному эксперту решение главной задачи, формулирование и подписание конечного вывода. С процессуальной точки зрения комплексная экспертиза была назначена и проведена, главная задача решена, т. е. в данном случае комплексная экспертиза имела место.

Комплекс исследований в рамках одной экспертизы. Изначально предполагается, что обобщение результатов исследований, проведенных экспертами разных специальностей или разных специализаций, решение главной задачи всего комплекса исследований, формулирование и подписание конечного вывода будут осуществляться одним из экспертов, принимавших участие в этом исследовании. Характерным является то, что это осуществляется в пределах одного рода экспертиз, в то время как комплексные исследования – в пределах разных родов (разных классов). Комплекс исследований осуществляется в пределах одной конкретной экспертизы и всегда завершается одним экспертом.

Комплекс экспертиз. Совокупность экспертиз, при

производстве которых исследуется один и тот же объект, но его различные свойства и решаемые задачи не связаны друг с другом.

В свете процессуального статуса эксперта к его фигуре законодательство формулирует и особые требования. Так, в соответствии со ст. ст. 12 и 13 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» государственный эксперт – это аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей; гражданин РФ, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности. В настоящее время данные законодательные требования привели к внесению дополнения в приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ № 337 от 27.08.99 г. «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ», которым была введена новая специальность, требующая углубленной подготовки, – «судебно-психиатрическая экспертиза» (приказ Минздрава России № 261 от 14.08.02 г.), а также утверждено «Положение об организации деятельности врача – судебно-психиатрического эксперта» (приказ Минздрава России № 262 от 14.08.02 г.). Как и любая другая специальность, требующая углубленной подготовки, «судебно-психиатрическая экспертиза» подразумевает дополнительное образование после приобретения «основной специальности», каковой в данном случае является специальность психиатра.

Комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза связана с освоением *узкоспециальных экспертных познаний,* подразумевающим владение специальностями, производными или смежными с психиатрической и позволяющими осуществлять комплексные с психиатрическим экспертные исследования либо участие в некоторых специфических экспертных ситуациях.

Приведенные нормативные требования к сексологии, устанавливающие по отношению к ней двойную базу материнских дисциплин, создают и двоякую ситуацию при формировании экспертных сексологических знаний. Специфика предмета судебной сексологической экспертизы определяется закономерностью и особенностями формирования полоролевых функций и осуществления сексуальной активности, в том числе ее патологическими вариантами, взаимодействием указанных особенностей с возможными отклонениями в психическом функционировании субъекта, а также их совместным воздействием на отражение окружающего и регуляцию поведения. Решение экспертных задач, возникающих в свете основного предмета судебной сексологии, определяет существенные

различия в объеме компетенции эксперта-сексолога в зависимости от его базового образования (эндокринология или психиатрия).

В первом случае экспертные возможности сексолога оказываются в значительной степени ограниченными, точно так же как и возможности его равноправного взаимодействия с судебно-психиатрическим экспертом, который вынужден брать на себя в рамках комплексной экспертизы задачу обобщения разнородных исследований.

Во втором случае ситуация скорее обратная, поскольку приобретение психиатром узкой специализации сексолога приводит в контексте основных экспертных задач к формированию специалиста более широкого профиля, который способен единолично реализовать обе требуемые компетенции (психиатрическую и сексологическую), особенно если данный врач прошел профессиональную переподготовку и по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза». Таким образом, в гносеологическом смысле подобная экспертиза является комплексной, хотя в процессуальном перестает быть таковой.

В связи с выделением судебно-сексологической экспертизы в результате вычленения круга экспертных задач из области судебной психиатрии и судебной медицины возникает проблема ***различения компетенций психиатрической и сексологической***. Доводы, в силу которых проведение такой границы становится и возможным, и необходимым, следующие. Во-первых, отечественная классификация сексуальных расстройств вводит в предмет сексологического исследования как клинические, так и дизонтогенетические состояния. В результате именно сексология оперирует понятием сексуального дизонтогенеза как особой сферы характерных аномальных состояний, допускающих диагностику спектра вариантов отклонений развития. В свете этого в рамках сексологии образуется особая область познаний, носящая относительно автономный характер по сравнению с иными психосексуальными расстройствами, которые могут быть отнесены к перечню расстройств психических. Выявление и исследование таких состояний с помощью методологических подходов и методических приемов, отработанных в сексологии, значительно расширяют возможности экспертного анализа, поскольку направлены на изучение тех дефектов развития, которые сказываются в сфере самосознания, непосредственно влияющей на механизмы регуляции поведения. Таким образом, судебная сексология предоставляет возможности для расширения компетенции и постановки вопросов, находящихся за пределами

психиатрических познаний.

Своеобразие предмета сексологии имеет следствием и отличия в насыщении выявляемых ею феноменов. Сексологический анализ раскрывает механизмы, с одной стороны, формирования расстройств, связанных с сексуальной сферой, с другой – самого по себе аномального поведения как дизонтогенетически зависимого, со свойственными ему закономерностями фиксации, регресса и другими аномальными формами регуляции. И если психопатологическая феноменология первое место отводит формообразующим характеристикам психопатологических образований, то круг сексологических явлений увязывается прежде всего с характеристиками содержательными, среди которых главенствующую роль играет аномальное сексуальное поведение со свойственными ему структурно-динамическими особенностями. Тем самым устанавливаются не только границы разделения предметных сфер психиатрической и сексологической экспертной деятельности, но и пути и смысл их кооперации, поскольку определенным структурам сознания соответствуют и определенные структуры поведения.

Универсальность сексологической диагностики, кроме того, предусматривает наряду с психопатологическим анализом оценку состояния урогенитальной сферы, эндокринного обеспечения, что определяет необходимость использования разнообразных диагностических приемов соответствующих дисциплин. Обозначение указанных двух базовых по отношению к сексологии специальностей не означает, что круг состояний, связанных с нарушением сексуальности, исчерпывается данными клиническими дисциплинами. Не случайно в разделах МКБ-10, посвященных психосексуальным расстройствам, постоянно можно встретить соответствующие отсылки к иным главам (неврологическим, урологическим и др.), в которых классифицируются сходные по клинической картине состояния. Сексолог поэтому выступает и как координатор консультантов – уролога, гинеколога, генетика и т. д., поскольку именно сексологическое исследование наиболее эффективно вскрывает совокупность дизонтогенетических, нейрогуморальных и психосексуальных аберраций, позволяющую предположить генетическую, эндокринную или иную природу выявляемых расстройств, что не всегда является очевидным при изолированном психопатологическом анализе.

Имеющиеся образовательные стандарты в сочетании с приведенной спецификой предмета судебной сексологии создают принципиальную возможность проведения единоличной

комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы. Это совпадает с мнениями тех процессуалистов, которые признавали возможность, пусть и гипотетическую, проведения комплексной экспертизы одним лицом, обладающим познаниями в разных областях науки, предлагая именовать такого рода экспертизу моносубъектной.

Специфика предмета и методологических основ судебной сексологии позволяет выработать и раскрыть особые судебно-сексологические понятия, среди которых, помимо ставших уже традиционными, например, отставание в психосексуальном развитии, не связанное с психическим расстройством (ст. 20 УК РФ); сексуальные расстройства, препятствующие воспитанию в семейной обстановке (ст. 142 СК РФ); сексуальное расстройство как подлежащий возмещению вред (гл. 40 ГК РФ) и т. д. Каждое из этих экспертных сексологических понятий, задаваемых, как видим, определенными правовыми ситуациями, относительно нейтрально по отношению к систематике сексуальных расстройств, допуская вариативность тех аномальных состояний сексуальности, которые в этих случаях могут приобретать юридическое значение. Одновременно то или иное психосексуальное расстройство порождает свой круг правовых коллизий, экспертный смысл которых раскрывается через ряд судебно-сексологических понятий.

При уточнении экспертного задания следует иметь в виду, что необходимость в использовании специальных сексологических познаний может обнаруживаться на любых этапах следственных действий, в том числе относящихся к оперативно-розыскным (составление проспективного портрета). В этих случаях надо четко разграничивать собственно экспертные задания от иных форм сотрудничества специалиста с правоохранительными органами. Так, существенны различия между правовым статусом специалиста и эксперта. Если первый приглашается для исследования доказательств, то заключение второго является самостоятельным видом доказательства.

С той же осторожностью эксперты должны относиться к проведению исследований, целью которых является установление мотивации противоправного поведения либо использование результатов обследования в качестве основного доказательства вины подэкспертного. Так, некоторыми специалистами обосновывается целесообразность проведения психодиагностического исследования подэкспертного, основной целью которого называется оценка способности конкретного индивидуума к совершению подразумеваемого деяния. В результате предпринимается попытка решения вопроса о

соответствии психологических характеристик исследуемого тем особенностям личности, которые предполагаются у виновного в данном преступлении. Более того, считается возможным достоверное установление определенных тенденций и влечений исследуемого, которые, естественно, сопоставляются с конкретным деянием для заключения о вероятности его совершения обследованным. Следует, однако, учитывать, что, по мнению Ф.С. Сафуанова и С.Н. Шишкова, использование специальных, в том числе сексологических, познаний в форме судебной экспертизы предполагает, что заключение будет сформулировано относительно обстоятельств, между которыми существует однозначная связь, и что установить ее, причем с достоверностью, позволяет современный уровень развития научных знаний.

Нередко на практике одновременно с вопросами, вполне входящими в экспертную компетенцию, формулируются задания, данной компетенции заведомо не соответствующие. Например, до сих пор встречается вопрос об отнесении тех или иных видов печатной и видеопродукции к «эротическим» или «порнографическим», что согласуется с Комментарием к УК РФ, где сексологическая экспертиза упоминается среди тех экспертных исследований, заключения которых являются основой определения характера таких материалов и предметов. Однако сомнительное само по себе подобное разграничение может являться в лучшем случае предметом искусствоведческой экспертизы, а оценка влияния данной продукции на индивидуума – производиться только в аспекте определенного поведения конкретного подэкспертного. Не случайно Верховный Суд РСФСР в 1989 г. по делу об изготовлении и распространении порнографической кинопродукции не признал доказательством заключение психолого-искусствоведческой экспертизы, т. к. в состав комиссии входили специалисты в области медицины, педагогики, врач-сексопатолог и художник, но туда не вошли специалисты в области кино-, теле– или видеоискусства. В свете этого определения считается обязательным привлечение в качестве экспертов по оценке того, относится ли та или иная продукция к произведениям искусства или же она является совокупностью порнографических изображений, различных квалифицированных экспертов, которыми не могут быть юристы или медицинские работники.

Экспертная компетенция реализуется посредством использования методических средств, определяемых предметом специальных познаний. В рамках судебной сексолого-психиатрической экспертизы равноправным с клинико-

психопатологическим является сексологический метод исследования, при котором производится оценка своевременности и соответствия половой принадлежности различных проявлений сексуального развития как в психической сфере, так и на соматическом уровне. Клинико-сексологический и антропометрический методы позволяют выявлять, определять характер и оценивать своевременность и адекватность перечисленных проявлений сексуальности как в соматической, так и в психической сферах. В качестве эталонных принято рассматривать сроки, которые укладываются в пределы, соответствующие векторной шкале половой конституции, по Г.С. Васильченко. При этом учитываются нарушения умственного и физического развития в раннем детстве и допубертатном возрасте, а также целый комплекс признаков, характеризующих сексуальное развитие в допубертатном, пубертатном, постпубертатном и половозрелом возрасте, складывающийся из следующих признаков:

а) характеризующих преимущественно соматический компонент сексуального развития – рост, трохантерный и андрогинный индексы, развитие половых органов, характер лицевого и корпорального оволосения, тип оволосения лобка, состояние молочных желез и другие;

б) характеризующих преимущественно психический компонент сексуального развития – возраст пробуждения и характер либидо (платоническое, эротическое, сексуальное), возраст первой эякуляции с учетом обстоятельств ее происхождения (поллюция, мастурбация, половой акт, петтинг) и соответствия или диссоциации с оргастическими переживаниями, возраст начала мастурбации с учетом ее типа (ранняя допубертатная, персевераторно-обсессивная, периода юношеской гиперсексуальности, заместительная, фрустрационная, подражательная), возраст начала половой жизни с учетом сопутствовавших ему условий, ее интенсивность, упорядоченность и другие.

Сексологическое обследование содержит анамнестические сведения, значимые для оценки сексуального становления, такие как характер игровой деятельности, особенности половой идентификации и роли, сроки основных сексуальных проявлений и т. д. Особого внимания заслуживает описание формирования сексуального влечения и динамики вариаций его реализации. Основополагающим же для клинического сексологического метода исследования является онтогенетический принцип, требующий проводить рассмотрение сексологических феноменов по отношению к соответствующим периодам возрастного

становления полового самосознания, полоролевых стереотипов и психосексуальных ориентаций.

Составной частью сексологического обследования становится направленное психологическое исследование сексуальной сферы, в котором можно выделить два аспекта: первый касается особенностей межличностного взаимодействия, общих коммуникативных навыков и компетенции, способностей к эмоциональному восприятию и партнерским отношениям; второй – реализует исследование специфических личностных характеристик, отражающих психосексуальную сферу – половое самосознание, представления о полоролевых стереотипах и отношение к ним, сферы личностных смыслов, установок и отношений, связанных с направленностью сексуального влечения и др.

Еще одним из важных методов является психофизиологический способ определения направленности полового влечения с помощью фиксации изменения определенных физиологичеких параметров в ответ на предъявление эротических стимулов. Современное программное обеспечение позволяет учитывать индивидуальность реакций и рассчитывать интегральный параметр реакций на различные типы вопросов и вероятность.

Предметные виды сексологических и сексолого-психиатрических экспертиз

Выбор комплексного экспертного исследования, подразумевающего использование познаний в области сексологии, оправдан в целом ряде юридических ситуаций как в уголовном, так и в гражданском процессах. При выборе между однородной и комплексной экспертизами следует иметь в виду, что только в рамках совместного исследования оказывается доступной оценка взаимодействия психопатологического и патосексологического факторов. Определение таких системных качеств объекта, вероятность влияния которых на поведение в указанных ситуациях всегда велика, позволяет почти однозначно делать выбор в пользу КССПЭ. Обоснованность выбора комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы выражается в постановке правоохранительными органами вопросов, отражающих компетенцию экспертов, а также уровень современных знаний.

В уголовном процессе эти вопросы неразрывно связаны со следующими стоящими перед КССПЭ задачами:

1. Установление у обвиняемого индивидуальных особенностей направленности сексуального влечения, способов его реализации или иных отличительных черт сексуальности, выяснение их влияния на поведение в момент преступления, определение степени опасности личности и выбор адекватных мер медицинского характера в случае экскульпации индивида или признания его ограниченно вменяемым.

Вопросы, соответствующие данной задаче, могут быть сформулированы следующим образом:

Имеются ли у подэкспертного признаки каких-либо аномалий сексуальности, которые оказали бы влияние на его поведение в такой-то ситуации?

Если таковые имеются, то в какой степени их влияние на поведение было выражено, носят ли они болезненный, патологический характер и лишали ли они подэкспертного возможности осознавать фактический характер и значение своих действий либо руководить ими в период совершения инкриминируемого ему деяния?

Нуждается ли подэкспертный в применении к нему принудительных мер медицинского характера с учетом возможной патологии сексуальной сферы и связанной с данными расстройствами его общественной опасностью?

2. Выявление у несовершеннолетних обвиняемых нарушений полового и психосексуального созревания, оказывающих влияние на их поведение в момент преступления, а также на способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

Данная задача исходит из смысла ст. 20 УК РФ, в соответствии с которой несовершеннолетний, достигший возраста уголовной ответственности, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, был лишен сохранности в полной мере указанных способностей, не подлежит уголовной ответственности.

Оправданность сексологического исследования обусловлена в этом случае тем, что любые нарушения развития в данном контексте не сводятся исключительно к интеллектуальным расстройствам и отражают широкий спектр дизонтогенетических аномалий личности в целом, в связи с чем их оценка должна включать и анализ отклонений в психосексуальном становлении, поскольку последнее является составной частью психического развития. Также следует принимать во внимание то обстоятельство, что речь может идти не только о задержках развития, обусловленных социальными причинами, но и о ретардации психофизического созревания. Его составной частью

является психо– и соматосексуальное становление индивида, в связи с чем сексологический метод становится одним из наиболее адекватных инструментов исследования. Необходимость такого анализа особенно очевидна при сексуальном характере деликта.

Кодекс подразумевает дифференциацию ответственности в зависимости от объекта и характера противоправного сексуального поведения по отношению к разным возрастным периодам. Закон предъявляет различные требовани я к подросткам, находящимся на разных этапах психосексуального становления: к подросткам 14 лет и старше – требование осознания в первую очередь неправомерности агрессивных действий, 16 лет и старше – учета недопустимой для сексуальной активности, причем необязательно агрессивной, незрелости возраста объекта (до 14 лет), наконец, 18 лет и старше – ориентации уже на конвенциональные, социально задаваемые рамки даже нормативной сексуальной активности. Таким образом, в отношении сексуальных преступлений оценка степени незрелости будет означать анализ сформированности тех структур личности, которые предопределяют возможность достижения осознания этих требований и способность следовать указанным требованиям. Такой подход будет как раз способствовать раскрытию психологического содержания нижнего порога уголовной ответственности, достижение которого свидетельствует о потенциальной способности несовершеннолетнего действовать виновно. С психологической же точки зрения такая способность соответствует правильному отражению содержательной стороны своих действий, основывающемуся на информированности лица о сути данного правонарушения.

Сомнение в способности несовершеннолетних обвиняемых осуществлять сознательную регуляцию поведения может быть основано не только на данных об отставании в психическом развитии, но и на оценке сложности ситуации, в которой действовал подросток. Недостаточное осознание своих действий, слабость волевого контроля за поведением в ряде случаев могут объясняться вполне естественной для подростков ограниченностью жизненного опыта, легкостью возникновения некоторых эмоциональных состояний. Это положение приобретает особую актуальность в делах о сексуальных преступлениях, поскольку несформированность предпосылок для своевременного психосексуального развития может существенно ограничивать диапазон восприятия ситуации, связанной с сексуальностью, у несовершеннолетнего обвиняемого. Ограничение может касаться прогноза последствий

осуществляемых действий, ошибки в понимании психического состояния жертвы, причин ее поведения.

Вопрос может быть задан в следующей форме:

Имеются ли у несовершеннолетнего признаки дисгармонии (аномалии) психосексуального развития, если да, то в какой мере они оказывали влияние на его поведение и мог ли он в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в данной ситуации?

3. Установление степени сохранности адаптационных способностей в сексуальной сфере (способности к полноценной сексуальной активности) обвиняемых или иных участников юридического процесса.

До недавнего времени эта задача рассматривалась как принадлежащая сугубо к компетенции судебно-медицинской экспертизы. В рамках данного экспертного исследования возможна оценка лишь соматической сохранности урогенитальной сферы, соответствия некоторых параметров возрастной норме, в лучшем случае, при соответствующей подготовке эксперта, – биологических показателей сексуальности. Однако перечисленные возможности заложены в самостоятельном виде экспертного исследования – судебной сексологической экспертизе, способной с большими основаниями разрешить данную задачу, причем значительно расширив пределы потенциальной аргументации.

Данная задача может быть конкретизирована следующим вопросом: *Имеются ли у подэкспертного какие-либо болезненные расстройства сексуальной (или психической) сферы, препятствующие совершению им полового акта?*

4. Установление у лиц, участвующих в судебном процессе, признаков инверсии половой идентичности, определение в случае ее наличия степени влияния на поведение в юридически значимых обстоятельствах.

Проблема экспертной оценки половой принадлежности выделяется теперь судебными медиками особо, с недвусмысленным указанием на необходимую компетенцию, о чем было сказано выше. Решающим доводом для разделения компетенций судебного медика и сексолога является необходимость анализа субъективной стороны патологии, психопатологического переживания. Наиболее адекватно решение данной задачи возможно при отнесении ее к компетенции КССПЭ, предметом которой становятся установление у лиц, участвующих в судебном процессе, признаков нарушений психического пола, определение в случае их наличия степени влияния на поведение в юридически значимых обстоятельствах. Отнесение данной задачи

к совместной компетенции специалистов исходит из своеобразия диагностики транссексуальных состояний, подразумевающей комплексное обследование в принципе.

При этом, если правоохранительными органами конкретизируется интересующая их ситуация, уже чисто диагностическое разрешение данного вопроса нередко может приобретать важное значение фактора, в той или иной мере влияющего на поведение подэкспертного. Установление транссексуализма само по себе свидетельствует о глубокой деформации развития самосознания личности, ее потребностно-мотивационных структур. Часто к тому же он сопровождается и усугубляется своеобразным комплексом психопатологических образований, что может влиять на оценку способности к отражению окружающего и сохранности регуляторных механизмов поведения.

Один из правильных вариантов такого вопроса следующий:

Имеются ли у подэкспертного физические и психические особенности, которые могли бы явиться основанием для смены его паспортного пола?

Если да, то имели ли данные особенности подэкспертного влияние на его поведение в такой-то ситуации?

5. Установление степени соответствия обстоятельств, приведших к смерти лица, предположительно покончившего жизнь самоубийством, клинической картине поведения, связанного с девиантным способом реализации сексуального влечения.

Речь идет о так называемой аутоасфиксиофилии, одной из разновидностей аномального сексуального поведения, заключающейся в достижении удовлетворения путем пережатия сонных артерий, а также другими самодеструктивными способами, при неосторожности нередко ведущими к смертельному исходу.

Практика использования церебральной гипоксии, сопровождающейся сексуальным возбуждением, была идентифицирована такими терминами, как «сексуальная асфиксия», «аутоэротическая асфиксия», «асфиксиофилия», «эротическое повторяющееся повешение», гипоксия и котцекоизм. Одним из наиболее популярных терминов для асфиксиофилии является «скарфинг» (от англ. *skarf* – шарф). На сегодняшний день признано, что данная практика является весьма распространенной.

Психические эффекты церебральной гипоксии связаны с остановкой артериального снабжения мозга, с уменьшением оксигенации и, следовательно, задержкой диоксида углерода,

наступлением мозговой гипоксии, которая продуцирует ощущение одышки, усиливающееся по мере учащения и углубления вдоха. Такие условия приводят к измененному физиологическому состоянию, которое вызывает головокружение, чувство легкости и эйфории, а на его пике – сексуальный ответ.

Вопрос в данной ситуации может быть поставлен следующим образом:

Имеются ли в обстоятельствах дела признаки, которые позволили бы в качестве причины смерти предположить несчастный случай, происшедший в результате использования аномального способа удовлетворения сексуальной потребности?

6. Экспертная оценка потерпевших от сексуальных преступлений.

Имеются три основных условия, которые требуют психиатрической и сексологической оценки при насильственных сексуальных действиях: установление беспомощного состояния потерпевшей, способность давать показания и определение степени тяжести повреждений, которые являются особыми составами преступления.

Традиционно проводимое клинико-психопатологическое обследование в ряде случаев оказывается недостаточным, поскольку независимо от наличия психической патологии этап и характер психосексуального развития во многом определяют как поведение этих лиц в криминальной ситуации, так и различия в восприятии происходящих с ними событий, а также последующие процессуальные способности.

Вопросы, соответствующие данным задачам, могут быть сформулированы в следующем виде:

Мог ли потерпевший(ая) по уровню своего психосексуального развития или в силу каких-либо аномалий сексуальности в момент правонарушения правильно понимать характер и значение действий преступника или оказывать сопротивление с учетом обстоятельств конкретной ситуации?

Может ли потерпевший(ая) по уровню своего психосексуального развития или в силу возможных аномалий сексуальности правильно вопринимать такие-то обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания (правильно их воспроизвести)?

Какие непосредственные и отдаленные последствия имело для потерпевшего совершение с ним конкретных противоправных действий? Какова степень тяжести наступивших расстройств психической и сексуальной сфер?

В гражданском процессе возможны следующие экспертные ситуации:

7. Установление у супруга (супругов), выступающего в качестве ответчика (истца), аномалий сексуальности или психосексуальных расстройств, препятствующих совместной жизни и сохранению семьи.

Расторжение брака с точки зрения семейного права – прежде всего процедура, которая достаточно подробно регламентируется Семейным кодексом (СК), хотя он и не дает перечня оснований для расторжения брака, т. е. не содержит облеченных в правовую форму причин прекращения брачного союза, наличие которых позволяет удовлетворить иск о разводе. Закон подразумевает два порядка развода – упрощенный и судебный. Согласно п. 1 ст. 21 СК, там, где в семье есть общие несовершеннолетние дети или один из супругов возражает против развода, брак расторгается только судом, а расторгающие свой брак лица становятся участниками гражданского процесса, где один выступает в роли истца, другой – в роли ответчика. Истцу надлежит заявить о своей просьбе о разводе, объяснив причины его намерения расторгнуть брак. Важное значение приобретает здесь условие, сформулированное п. 1 ст. 22 СК: «Если судом установлено, что дальнейшая совместная жизнь супругов и сохранение семьи невозможны», т. е. вопрос о том, быть или не быть браку, решают не супруги, а суд. Особое место занимает предусмотренная в п. 2 ст. 22 СК миротворческая деятельность суда при рассмотрении бракоразводного дела. Поэтому закон обязывает суд выяснять мотивы расторжения брака. Это не обязательно лишь при выражении супругами взаимного согласия, что особо оговаривается п. 1 ст. 23 СК: «При наличии взаимного согласия на расторжение брака… суд расторгает брак без выяснения мотивов развода».

Судебными медиками, например, В.Н. Крюковым с соавторами, особо выделяется экспертное исследование *половой и производительной способности*, нарушение которой, по их утверждению, может стать самостоятельным основанием бракоразводного процесса. Однако, помимо дефектов половых органов (аплазия или атрезия влагалища, его врожденное или приобретенное сужение и т. д.), ими упоминается среди прочего вагинизм, диагностика и оценка которого, так же как и других психосексуальных расстройств, входят в компетенцию судебной сексологической экспертизы. З. Старович, анализируя практику судебно-сексологических экспертиз по бракоразводным делам, приводит примеры предъявления супругами взаимных претензий в сексуальном плане, которые указываются как основная причина развода. Среди реальных сексуальных проблем он указывает на выявлявшиеся в некоторых из этих случаев сексуальную аверсию,

послеродовую диспареунию, расстройства эрекции и ускоренное семяизвержение, снижение полового влечения, сексуальную незрелость, приводящие порой к девственному браку (браку virgo). В этих ситуациях судом задавались вопросы о том, носит ли конфликт между сторонами действительно сексуальный характер, укладывается ли в границы нормы сексуальное поведение истца либо ответчика, соответствуют ли супруги друг другу в сексуальном плане, имеются ли у сторон недостатки, делающие невозможным установление между ними сексуальной связи, и если таковые имеются, то могут ли они быть ликвидированы в процессе специального лечения.

Расположение сексуальных расстройств в классификационном ряду психических расстройств устанавливает общие принципы определения их юридического значения в гражданском процессе. Само по себе наличие у одного или обоих супругов психического заболевания не является основанием для развода (лишь в случае, когда супруг был признан судом недееспособным, брак с ним может быть расторгнут в упрощенном порядке в органах ЗАГСа). Однако во всех остальных ситуациях при отсутствии согласия одного из супругов, согласно ст. 22 СК, расторжение брака в судебном порядке производится, если судом установлено, что дальнейшая совместная жизнь супругов и сохранение семьи невозможны. Таким образом, при выяснении вопроса о наличии или отсутствии оснований к расторжению брака суд учитывает в числе прочего также особенности психического заболевания, если эти особенности могут препятствовать их дальнейшей совместной жизни (например, бред ревности). Поэтому по данной категории дел эксперт дает заключение о наличии или отсутствии таких особенностей психического (сексуального) заболевания, которые могут препятствовать дальнейшей совместной жизни супругов и сохранению семьи.

8. Установление у усыновленного ребенка аномалий сексуального развития или сексуальных расстройств, препятствующих его воспитанию в семейной обстановке.

Требования, предъявляемые к усыновлению, обращены к лицам, желающим заменить родителей. Что же касается самих детей, не достигших совершеннолетия, то состояние их здоровья, в том числе отклонения в психическом развитии, не мешает усыновлению. Однако подразумевается необходимость информирования будущего усыновителя обо всем, что касается личности и состояния здоровья ребенка. Мало того, что дается соответствующее медицинское заключение, но кандидаты в усыновители имеют право обратиться в медицинское учреждение

для проведения независимого медицинского освидетельствования усыновляемого ребенка при участии представителя учреждения, в котором находился несовершеннолетний. Это достаточно распространенная мировая практика: так, в США считается обязательной информация даже о привычке ребенка использовать ненормативную лексику, о жестоком обращении с ним в родительской семье, о сексуальном насилии над несовершеннолетним и т. д.

В интересах несовершеннолетнего в СК заложена и норма об отмене усыновления. В первую группу оснований для такой отмены входит поведение усыновителя, которое свидетельствует, например, о злоупотреблении приобретенными им родительскими правами, о жестоком обращении с ребенком, алкоголизме или наркомании усыновителя (ст. 141 СК). Таким образом, речь идет об обстоятельствах, аналогичных основаниям лишения родительских прав. Вторая группа оснований к отмене усыновления связана, как пишет А.М. Нечаева, в том числе с не обнаружившимися ранее симптомами «тяжкого наследственного заболевания ребенка, влекущего за собой патологию его поведения в виде, например, влечения к бродяжничеству». Ст. 142 СК наделяет правом требовать отмены усыновления самих усыновителей, а в подобных случаях необходимо соответствующее медицинское заключение с выводом о *невозможности для такого ребенка воспитания в семейной обстановке*. Такая практика также имеет мировые аналоги: в Калифорнии, например, законодательство разрешает приемным родителям добиваться отмены усыновления по медицинским показаниям, существовавшим еще в момент усыновления, но не известным им.

9. Установление у истца сексуальных расстройств, препятствующих выполнению им определенной трудовой деятельности.

Особую экспертную ситуацию может представлять признание лица негодным к выполнению отдельных видов *трудовой деятельности* и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. В основном подразумеваются СПЭ по определению психического состояния лица в связи с трудовым спором с администрацией учреждений или психиатрическим заведением, когда истец просит признать его увольнение с работы в связи с установленным ему диагнозом психического заболевания незаконным. Среди психосексуальных расстройств в этих ситуациях юридическое значение могут приобретать те нарушения сексуальных ориентаций (педофильные, к примеру), которые делают недопустимой трудовую деятельность,

облегчающую реализацию девиантных побуждений.

В данном контексте существует определенная преемственность между уголовным правом и гражданскими нормами. Так, УК РФ в ряду наказаний выделяет «лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью» (ст. 44). Посвященная этому виду наказаний ст. 47 УК РФ подразумевает возможность запрета заниматься определенной деятельностью на срок от одного года до пяти лет в качестве основного и на срок от шести месяцев до трех лет – в качестве дополнительного вида наказания. При этом указано, что данная санкция может налагаться в качестве дополнительного вида наказания даже тогда, когда она не предусмотрена соответствующей статьей особенной части кодекса «за соответствующее преступление, если с учетом характера и степени общественной опасности совершенного преступления и личности виновного суд признает невозможным сохранение за ним права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью». В этих случаях на основании обвинительного приговора в трудовую книжку осужденного вносится запись о том, на каком основании и на какой срок он лишается определенной должности, а в приговоре указывается, какие должности, например, связанные с воспитанием детей, он не имеет права занимать.

В последующем вступают в силу инструктивные нормы, заложенные в Приказе Минздрава РФ № 116 от 31 мая 1993 г., содержащем «Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности…». Здесь в числе противопоказаний для работы в учебно-воспитательных, детских и подростковых оздоровительных, детских дошкольных учреждениях, домах ребенка, детских домах, школах-интернатах приводятся в качестве общих психиатрических «хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», а также рассматриваемые индивидуально «выраженные формы пограничных психических расстройств», среди которых особое место могут занимать педофильные нарушения сексуальных предпочтений. Точно так же существует утвержденный постановлением Правительства РФ № 542 от 1.05.1996 г. перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью.

Вполне очевидна перспектива развития судебной сексологии в свете расширения правового поля, охватывающего сферы, ранее

не подпадавшие под законодательное регулирование и остававшиеся в ведении сугубо врачебной компетенции. Наиболее актуальной здесь является проблема смены пола при транссексуальных состояниях.

Федеральный закон № 143-ФЗ от 15 ноября 1997 г. «Об актах гражданского состояния», казалось бы, содержит упоминание о транссексуализме. Между тем мало того, что данная новелла остается единственной на всем правовом пространстве России, но и она не может быть реализована в полной мере, поскольку до сих пор никакой «установленной формы» документа об изменении пола не существует. Его разработка натолкнулась на кардинально различные представления в юридических и медицинских кругах о последовательности собственно медицинских и социально-правовых процедур (оперативная реконструкция пола и смена гражданского или паспортного пола, т. е. перемена имени). Поэтому настоятельной стала необходимость в принципиально новом подходе, а именно: в принятии специального закона, регулирующего не только перемену имени транссексуалами, но и всесторонне регламентирующего процедурные вопросы, с ней связанные.

Мировая практика показывает, что применение подобных законодательных актов существенно упорядочивает оказание социально-правовой и медицинской помощи лицам с транссексуализмом, становясь эффективным инструментом решения целого ряда социальных вопросов. При разработке правовых норм, регламентирующих медицинские и юридические мероприятия в отношении лиц с транссексуализмом, необходимо предусматривать решение некоторых основных вопросов:

– установление экспертного порядка рассмотрения вопроса о смене половой принадлежности;

– установление хронологической последовательности правовых решений в соответствии с медицинскими стандартами оказания соответствующей помощи;

– установление порядка изменения имени и паспортных данных, а также секретности этих изменений;

– допуск лиц, изменивших пол, к некоторым видам трудовой деятельности и государственной службы;

– порядок пользования этими лицами правами и льготами в области трудовой деятельности и социального обеспечения;

– порядок отмены принятого решения о смене пола.

Рекомендуемая литература

Имелинский К. Сексология и сексопатология. – М., 1986.

Кон И.С. Введение в сексологию. – М., 1988.

Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. – СПб., 1909.

Старович З. Судебная сексология. – М., 1991.

Ткаченко А.А. Сексуальные извращения – парафилии. – М., 1999.

Аномальное сексуальное поведение / Под ред. А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенского. – СПб., 2003.

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: БИНОМ, 2015.

В.А. Тихоненко,
профессор, доктор медицинских наук,
Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Введение в суицидологию

Суицидология является комплексной наукой, сформировавшейся на рубеже 50-х гг. прошлого века и объединившей для изучения суицидального поведения ряд смежных научных дисциплин – психологию, психиатрию, социологию, педагогику, юриспруденцию и т. п.

В настоящей лекции мы остановимся на одном из наиболее значимых для практики разделов суицидологии – ***диагностике суицидального поведения.*** Суицидологическая диагностика включает в себя анализ не только собственно суицидальных проявлений (мыслей, переживаний, поступков и др.) в их статике и динамике, но и всей совокупности личностно-психологических, средовых, клинических факторов, участвующих в генезе суицида. В процессе исследования каждого конкретного случая суицидолог оперирует преимущественно *клинико-психологическими понятиями*: дезадаптация, конфликт, позиция личности, уровень ее социализации, установки поведения, ценностные ориентации, особенности межличностной коммуникации, механизмы совладания (копинг-поведение) и психологической защиты, стресс, фрустрация, ролевое поведение, про– и антисуицидальная мотивация и т. п. Результат такой многофакторной диагностики фиксируется в виде интегральной *оценки суицидального риска (*как прогноза вероятности суицидальных действий), на основе которой определяется комплекс мер, направленных на *профилактику* самоубийств.

Что же понимается под суицидальным поведением? Исследование самоубийств имеет длинную историю. Отдельные аспекты суицида изучались российскими учеными еще в конце XIX – начале XX века. Это В.М. Бехтерев, Н.П. Брухановский, П.Ф. Булацель, М.Н. Гернет, А.Ф. Кони, Н.П. Островский, Г.С. Петров, Л.А. Прозоров, Е.Н. Тарновский. В советской научной литературе, до работ А.Г. Амбрумовой с сотрудниками, освещение данной проблематики носило фрагментарный характер, без попыток построения целостной теоретической системы. Большой вклад в исследование суицидального поведения внесли зарубежные ученые – Н. Крайтман, Д. Лестер, Е. Шнейдман, А. Вайсман, Н.

Фарбероу, Е. Пейкель и др.

Обобщение многочисленных исследований феномена суицида, анализ эмпирического материала позволяют рассматривать ***суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого конфликта.***

Рассмотрим основные компоненты данного определения.

1. Первый вопрос – кто совершает суициды: психически больные или психически здоровые?

Как показывают эпидемиологические исследования, вопреки обыденному представлению о том, что самоубийства совершают психически неполноценные люди, суициденты представлены тремя основными диагностическими категориями: *психически больными, лицами с пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровыми в психическом отношении лицами*. Количественное соотношение между названными категориями приблизительно следующее – 3:10:2. Следовательно, суицидальное поведение является одним из видов общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях и носит вненозологический характер.

2. Следующий вопрос – что такое социально-психологическая дезадаптация личности?

Такая дезадаптация обнаруживается у всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности. *Объективно* она проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения. *Субъективно* же выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных сдвигов – от негативно окрашенных психологических переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева) до клинически выраженных психопатологических синдромов (астении, дистимии, депрессии, дисфории и т. п.).

Мы видим, что социально-психологическая дезадаптация может проявляться на двух уровнях: патологическом и непатологическом. К *патологическому уровню* относятся известные в клинической психиатрии нозологические единицы, состояния, реакции и фазы. К *непатологическому* – отклонения в поведении и переживания человека, связанные не с заболеванием, а, к примеру, с недостаточностью социализации, резкой сменой условий существования и жизненных стереотипов (при миграции или вынужденной социальной изоляции), разрывом высокозначимых отношений (утрата близких) и т. п.

В динамике дезадаптации, ведущей к суициду, различают две фазы: предиспозиционную и суицидальную. *Предиспозиционная* фаза еще не сопровождается суицидальным поведением. *Суицидальная* – начинается с момента зарождения суицидальных тенденций и продолжается вплоть до покушения на собственную жизнь, при этом дезадаптационный процесс идет по общему «конечному» пути, сводящему к нулю все исходные уровни и выработанные ранее формы адаптации.

Следует иметь в виду, что основную роль в генезе суицидального поведения играет не абсолютная, а относительная глубина социально-психологической дезадаптации, т. е. степень снижения уровня адаптации от исходного к наличному.

3. Последний вопрос – что такое переживаемый суицидентом конфликт?

Конфликт является решающим фактором перехода предиспозиционной фазы дезадаптации в суицидальную.

Конфликт, по общему определению, образуется из двух или более разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная актуальная потребность (мотив, намерение, побуждение) человека, а другую – тенденция, препятствующая ее удовлетворению или реализации.

Различают конфликты внутренние, внешние и смешанные. *Внутренний (интраперсональный) конфликт* образуется, когда обе противоборствующие тенденции располагаются во внутриличностном плане – долг и страсть, желание и ограниченные личностные ресурсы его реализации, любовь и ненависть и т. п. Например, такой конфликт был у игрока, описанного Ф.М. Достоевским. В отличие от этого *внешний (интерперсональный) конфликт* возникает, когда одна из составляющих его тенденций располагается вне личности и представляет собой элемент внешней ситуации, имеющий преградный смысл для актуализированной потребности – запрет, приказ, требование и т. д. Такой конфликт, например, был у покончившего с собой героя фильма Н.С. Михалкова «Утомленные солнцем». Часто *конфликт* носит *смешанный* характер, когда существуют противоборствующие с актуальным мотивом или потребностью и внутриличностные тенденции, и внешние преграды. Генез таких конфликтов – переход во внутренний план (интериоризация) внешних, преградных по отношению к наличной потребности, тенденций.

Для правильной диагностики истинных причин и мотивов суицидального поведения необходимо учитывать, что конфликтные отношения имеют свою *динамику*. Они, возникая на той или иной первоначальной основе, могут в дальнейшем

подвергаться *генерализации, трансформации* или *переносу*. Поэтому то, что при поверхностном рассмотрении выступает для исследователя (а нередко и для самого субъекта) как единственная и конечная причина суицида, на самом деле оказывается лишь следствием иных, более глубинных и скрытых тенденций. В связи с этим необходимо различать следующие типы динамики конфликтов:

а) *конфликты локализованные – генерализованные*. Генерализацией конфликта называется расширение круга лиц, вовлечение в конфликтные отношения новых агентов, связанных с локальным источником первоначального конфликта, причем в пределах той же его сферы. Так, первоначальный внешний конфликт между супругами, возникший на почве ревности мужа к жене, может из локального превратиться в генерализованный, если в конфликтные отношения вовлекается не только жена, но и теща, другие родственники, поддерживающие и одобряющие поведение жены;

б) *конфликты первичные (основные) – вторичные (производные)*. Трансформация конфликта заключается в том, что на основе первичного конфликта в какой-либо сфере возникает вторичный, производный от него, конфликт в иной сфере. В рассмотренном нами примере с супружеским конфликтом он может из первичного преобразоваться во вторичный, когда в связи с переживанием семейных неурядиц у мужа начинается снижение работоспособности, временная профессиональная непродуктивность, ряд провалов и неудач на производстве и, как следствие этого, – конфликт со своим руководителем;

в) *конфликты автономные (с истинным агентом) – перенесенные (с замещенным агентом)*. Перенос конфликта – это изменение направления конфликтной настроенности у истинного агента на замещающий его объект из другой сферы отношений. Если вернуться к использованному нами примеру, то можно увидеть, что автономный конфликт сменяется перенесенным, когда отрицательные качества, обнаруженные мужем у своей супруги, он начинает замечать, скажем, и у сотрудницы (или приписывать их ей), это приводит уже к новому конфликту между ними.

Суицидогенный конфликт, как и социально-психологическая дезадаптация, проходит две фазы.

Первая из них – *предиспозиционная* – является лишь предпосылкой суицидального акта. Она может быть обусловлена разными причинами:

– реальными, у практически здоровых людей;

– обусловленными дисгармоничной структурой личности,

при пограничной психической патологии;

– психотическими (псевдореальными), при патологических аффективных, бредовых, галлюцинаторных переживаниях.

Несмотря на различие причин, в любом случае для самого субъекта конфликт имеет характер реальности, истинности, сопровождается крайне тягостным переживанием напряжения и стремлением его ликвидировать.

Вторая – *суицидальная* – фаза конфликта представляет собой парадоксальный процесс устранения конфликта за счет саморазрушения субъекта.

Предиспозиционная фаза дезадаптации и конфликта переходит в суицидальную через так называемый *критический пункт*, имеющий две основные характеристики:

1. Значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения данного конфликта.

2. Субъективная оценка знаемых вариантов решений как неэффективных или субъективно неприемлемых.

Хотелось бы особо отметить, что независимо от причин, условий и форм дезадаптации и конфликта принятие суицидального решения предполагает *необходимый этап личностной переработки конфликтной ситуации*. Суицидальное поведение всегда опосредовано личностной сферой субъекта не только у психически здоровых и лиц с аномалиями психики, но и у людей с выраженной психической патологией. Нет непосредственной зависимости суицидального поведения от болезненных симптомов, какими бы выраженными они ни были. Даже при глубоких психотических расстройствах (при аффективно-бредовых и галлюцинаторных синдромах) псевдореальные конфликтные ситуации преломляются через систему личностных ценностей, установок, что и определяет выбор того или иного варианта поведения: пассивного, активного, агрессивного, суицидального и др.

Каковы основные ***мотивы и поводы*** суицидального поведения?

Систематизация и анализ конкретного содержания суицидальных конфликтов дают серьезный материал для суицидологической диагностики и профилактики. Целесообразно классифицировать их (в порядке последовательного уменьшения удельного веса) на следующие группы.

1. *Личностно-семейные конфликты*, в том числе:

– несправедливое отношение (оскорбления, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих;

– ревность, супружеская измена, развод;

– потеря «значимого другого», болезнь, смерть близких;

– препятствия к удовлетворению актуальной ситуационной потребности;

– неудовлетворенность поведением и личными качествами «значимых других»;

– одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;

– неудачная любовь;

– недостаток внимания, заботы со стороны окружающих;

– половая несостоятельность.

2. *Состояние психического здоровья*, в том числе:

– реальные конфликты у психически больных;

– патологические мотивы;

– постановка психиатрического диагноза.

3. *Состояние физического здоровья*, в том числе:

– соматические заболевания, физические страдания;

– уродства.

4. *Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента*, в том числе:

– опасение судебной ответственности;

– боязнь иного наказания или позора;

– самоосуждение за неблаговидный поступок.

5. *Конфликты в профессиональной или учебной сфере*, в том числе:

– несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа;

– несправедливые требования к выполнению профессиональных или учебных обязанностей.

6. *Материально-бытовые трудности*.

7. *Другие мотивы и поводы*.

Теперь рассмотрим ***проблему классификации суицидальных проявлений***.

Понятно, что любая типология основывается на определенных теоретических воззрениях, с точки зрения которых и интерпретируется круг изучаемых явлений.

Так и в суицидологии – становление различных концепций самоубийства сопровождалось и сопровождается разработкой соответствующих классификаций.

К примеру, социологическое направление, идущее от Э.Дюркгейма, объясняет самоубийство как функцию разобщенного социума и оперирует в связи с этим терминами «альтруистический», «эгоистический», «аномический» и «фаталистический» суициды.

Психоаналитическая трактовка порождает такие типы

суицидов, как «сообщение», «фантазия преступления», «неосознаваемое бегство», «магическое воскрешение», «возрождение и восстановление».

Примат рациональных оснований привел Э. Шнейдмана к выделению «логического» (при физической боли и «неповрежденном разуме»), «палеологического» (при расстройствах психики) и «каталогического» (при семантических ошибках и расщепленном мышлении) видов самоубийств.

Классификация суицидальных проявлений, основанная на положениях теории деятельности, была разработана в 70-е гг. в суицидологическом Центре Московского НИИ психиатрии. Эта типология в нашей стране наиболее широко используется в практической работе по предотвращению самоубийств. Остановимся на ней подробнее.

Исходным является сформулированное еще Э. Дюркгеймом определение *самоубийства как намеренного лишения себя жизни.* Это значит, что из сферы суицидальной деятельности исключаются те случаи, где опасные для жизни действия не связаны с осознанным представлением о своей смерти. Подобные случаи следует рассматривать лишь как аутодеструктивную активность, примыкающую к суицидальной активности, но отличающуюся от последней.

Феноменология суицида приводится у многих авторов, в том числе и в художественной литературе. Одно из наиболее полных и точных описаний принадлежит Э. Шнейдману. Он выделяет десять наиболее общих характеристик самоубийств.

1. *Общей целью суицида является поиск решения.* Самоубийство никогда не является случайным действием, не совершается бесцельно. Оно всегда представляется выходом из создавшегося положения, способом решения проблемы, дилеммы, обязательства, кризиса, конфликта, невыносимой ситуации.

2. Общей задачей суицида является прекращение сознания. Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и прекращению невыносимой психической боли.

3. *Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая душевная боль.* Суицид – это не только движение по направлению к прекращению сознания, но и бегство от нестерпимых чувств, невыносимой боли, неприемлемых страданий.

4. *Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.*

5. Общей суицидальной эмоцией является «беспомощность-безнадежность».

6. *Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.* Люди, совершающее самоубийство, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти, даже в тот момент, когда они кончают с собой. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтоб их спасли.

7. *Общим состоянием психики при суициде является сужение сознания.* Э. Шнейдман использует термин «туннельное сознание» – резкое ограничение выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации. Это дихотомическое сознание: либо я достигну некоего особенного (почти волшебного) разрешения всей ситуации, либо же перестану существовать. Все или ничего.

8. *Общим действием при суициде является бегство.* По терминологии Э. Шнейдмана – «эгрессия», которая является преднамеренным стремлением человека удалиться из места, где он пережил несчастье. Суицид – это предельная эгрессия, на фоне которой меркнут все остальные виды бегства – уход из дома, увольнение с работы, дезертирство, развод и пр.

9. *Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.* Многие люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение к планируемому поступку, исподволь, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия в виде прямых или косвенных словесных сообщений или поведенческих проявлений.

10. *Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.*

Таким образом, *собственно суицидальной деятельностью являются любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни*.

Внутренние формы суицидальной деятельности включают в себя суицидальные *мысли, представления, переживания*, а также суицидальные *тенденции*, состоящие из *замыслов* и *намерений*. Указанные психологические понятия отражают, с одной стороны, разные формы суицидальных феноменов, а с другой – готовность к переходу на внешние формы суицидального поведения.

Эту готовность можно представить в виде четырех этапов.

Нулевым этапом, или, иначе говоря, «почвой», на основе которой возможно выделение остальных этапов, являются *антивитальные переживания* человека. К ним относятся размышления об отсутствии смысла жизни (но не о смысле смерти!), которые присущи на тех или иных этапах жизни почти каждому из нас.

Первый этап – *пассивные суицидальные мысли.* Характеризуется представлениями, фантазиями на тему своей

смерти. Но хотим подчеркнуть – на тему смерти, которая не зависит от собственных усилий субъекта, а не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности.

Второй этап – *суицидальные замыслы*. Это уже активная форма проявления суицидальной готовности – тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана ее реализации. На этой стадии продумываются способы суицида, время и место действия.

Третий этап – *суицидальные намерения (побуждения)*. На этой стадии к замыслу решения о суициде присоединяется волевой компонент – именно он побуждает к непосредственной реализации суицидального действия, к переходу внутренних форм суицидальной активности во внешнюю форму, в план реального поведения.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называют *пресуицидальным* (и л и *пресуицидом*). Длительность его может исчисляться очень коротким отрезком времени, буквально секундами, минутами (*острый пресуицид*), или более длинным – месяцами, годами (*хронический пресуицид*). Ясно, что описанная нами последовательность развития внутренних форм суицидальной активности отчетливо проявляется только при продолжительных пресуицидах, а для острых характерно появление суицидальных замыслов и побуждений сразу, без предшествующих стадий.

Внешние формы суицидальной активности – суицидальные действия – включают в себя суицидальные попытки и завершенные суициды.

Суицидальная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

Теперь, когда мы определили предмет классификации, можно перейти к рассмотрению собственно ***типологии суицидальной активности.***

Суицидальная деятельность, как и любая другая психическая деятельность, может быть рассмотрена под углом зрения ее основных структурных компонентов – в первую очередь мотивов и целей. Именно эти психологические категории, согласно теории А.Н. Леонтьева (наряду с условиями достижения целей), и определяют возможность анализа любого акта поведения как *особенной деятельности* (при соотнесении с мотивом) и как *действия* (при соотнесении с целью – осознанным предвосхищаемым результатом).

В соответствии с этим суицид можно в психологической плоскости рассматривать как действие, реализующее конкретную цель покончить с собой, которое, в свою очередь, включено в

более широкий контекст деятельности, побуждаемый и смыслообразуемый каким-либо мотивом – предметом потребности. Таким образом, цель действия, оставаясь неизменной (окончить жизнь самоубийством), может быть соподчинена разнообразным мотивам и, что характерно, в большинстве случаев с ними не совпадает. Данное отношение цели к мотиву А.Н. Леонтьев рассматривает как *личностный смысл* деятельности – эта составляющая индивидуального сознания имеет деятельностный генез.

Первая ***классификация*** основана на категории ***цели действия.*** Она позволяет отграничить суицидальное поведение от внешне сходных вариантов самоповреждений, с одной стороны, и дифференцировать истинные суициды от демонстративно-шантажных – с другой.

1. *Истинные суициды* или *попытки* имеют целью лишение себя жизни. В качестве конечного результата выступает смерть, однако степень желания смерти может быть различна, что отражается на условиях и способах реализации суицидальных тенденций. Цель может формироваться как *рациональное намерение* и как *аффективно возникшее побуждение*.

2. *Демонстративно-шантажное суицидальное поведение* своей целью предполагает не лишение себя жизни, а всего лишь демонстрацию этого намерения. Хотя такая демонстрация подчас завершается смертью вследствие недоучета реальных обстоятельств.

3. *Самоповреждение (членовредительство)* уже нельзя рассматривать как форму суицидального поведения, поскольку оно не направляется представлениями о смерти. Цель здесь совершенно иная – повреждение того или иного органа.

4. Как *несчастные случаи* можно рассматривать опасные для жизни действия, соподчиненные отличным от намерения лишить себя жизни целями, в том числе психопатологически обусловленным.

Иллюстрацией к данной типологии может служить психологический анализ целей, например, при самопорезах бритвой в области предплечий. Это действие может быть отнесено: а) к истинному суициду, если конечной целью является смерть от кровопотери; б) к демонстративно-шантажному, если окружающим было продемонстрировано только намерение умереть (для достижения каких-либо рентных мотивов), но цели лишить себя жизни не было; в) к самоповреждению, если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль, «разрядиться» либо углубить наркотическое опьянение путем ограниченной кровопотери; г) к несчастному случаю, если целью

было обусловленное бредовыми переживаниями намерение «изгнать дьявола».

Следует, конечно, внимательно анализировать целеполагание при суицидах больных с психозом. Так, выпрыгивание из окна под влиянием бреда преследования с целью избавления от доставляемых «врагами» мучений путем собственной смерти необходимо относить к истинным суицидам, и это же действие с целью «доказать свое бессмертие» будет расценено как несчастный случай.

Вторая ***классификация*** основана на категории ***личностного смысла*** – отношения цели суицида к мотиву деятельности, в которую включено самоубийство.

Очевидно, что это открытая типология, поскольку акт суицида может быть соподчинен бесконечному числу разнообразных мотивов. Вместе с тем можно выделить наиболее часто встречающиеся виды личностного смысла действия по лишению себя жизни. Они также представляют собой некоторую абстракцию, так как в реальной жизни суицид, как и большинство других действий, является *полимотивированным*. Тем не менее смысловая классификация в общем виде может быть представлена следующими типами.

1. *Протест, месть*. Протестные формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к объекту, а смысл суицида заключается в отрицательном воздействии на это объективное звено. Месть – это конкретная форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Здесь мы отчетливо видим трансформацию гетероагрессии в аутоагрессию.

2. *Призыв*. Смысл суицидального поведения типа призыва состоит в активизации помощи извне, поиска сочувствия или признания. Такие самоубийства могут быть обусловлены несправедливым отношением, нанесенной обидой, неразделенной любовью, одиночеством.

3. *Избежание*. Избегать можно наказания. Вспомним, как многие подсудимые в Нюрнбергском процессе совершили акты самоубийства. Избегать можно и страдания, например, при неизлечимом заболевании, сопровождающемся невыносимыми болями. Суть конфликта при этом варианте – в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл суицида заключается в избежании непереносимости угрозы путем самоустранения.

4. *Самонаказание*. Самонаказание, сопровождающееся муками совести, можно определить как «протест во внутреннем плане

личности». Здесь мы имеем дело с внутриличностным конфликтом, расщепляющим самосознание на позиции «Я-судьи» и «Я-подсудимого». Если самонаказание осуществляется с позиции «судьи», то дополнительный его смысл – «уничтожение в себе врага», а если с позиции «подсудимого» – «искупление вины».

5. *Отказ*. При суицидах «отказа» цель самоубийства и мотив деятельности максимально сближаются. Лишение себя жизни мотивируется отказом от существования, который может приобретать форму мировоззрения (как, например, у многих героев Ф.М. Достоевского), выражать первичную утрату смысла жизни, «экзистенциальный вакуум», отчуждение (так называемые ноогенные неврозы, по Франклу В.), возникать в ответ на тяжелые утраты либо свидетельствовать о «полной капитуляции» индивида перед жизненными невзгодами, особенно если они следуют друг за другом беспрерывной чередой.

Анализ суицидальной деятельности закономерно приводит нас ***к проблеме диагностики индивидуальных факторов суицидального риска.***

Для более точного суицидологического прогноза требуется тщательный анализ индивидуально-психологических факторов.

В каждом конкретном случае *реальный риск суицидального поведения необходимо определять на основе соотношения суицидогенных и антисуицидальных личностных факторов.* Это положение принципиально, поскольку учет лишь суицидогенных факторов для предсказания риска совершения суицида является очень односторонним.

Рассмотрим ***индивидуально-психологические особенности личности, образующие суицидальную предиспозицию***.

Потенциально опасной в отношении суицида, приводящей к срыву тех или иных звеньев деятельности, является совокупность следующих преморбидных личностных особенностей:

– сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;

– своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений, склонность к «черно-белым» оценкам);

– недоразвитие или своеобразие коммуникативных способностей (выраженная интроверсия, отсутствие способности к эмпатии и сопереживанию и пр.);

– неадекватная самооценка (заниженная, лабильная, завышенная);

– ограниченный репертуар копинг-стратегий (возможностей совладающего поведения);

– неразвитость психологических защит.

Особое внимание следует уделять личностным особенностям, которые в психотравмирующих ситуациях и условиях конфликта

определяют неадаптивные, «проигрышные» позиции человека. Под *позицией личности* мы понимаем интегральное смысловое образование, выражающее систему отношений и установок субъекта к наличной ситуации, к мнению и действиям окружающих, к самому себе. Позиция содержит в себе моральную оценку ситуации, оценку ее значимости, прогнозирование ее исхода, планирование собственных действий.

Окончательный выбор тактики поведения непосредственно детерминируется той позицией, которая складывается в итоге самоопределения личности и принимается субъектом. Далеко не всегда итоговая позиция бывает однозначной и определенной – она может отличаться лабильностью, амбивалентностью, внутренней противоречивостью. В некоторых случаях процесс самоопределения максимально свернут, и позиция формируется мгновенно – происходит «смысловой» инсайт, определяющий место личности в субъективной, по теории К. Левина, топологии. Для одних самоопределение выступает как произвольная активность (свободный выбор позиции), для других оно носит вынужденный характер – иными словами, человек либо *занимает* ту или иную позицию, либо *попадает* в нее.

Можно выделить следующие шесть признаков, характеризующие неадаптивные, «проигрышные» позиции личности.

1. *Фиксированность*. Субъект не в состоянии изменить образ ситуации, свободно манипулировать ее элементами в пространственных и временных координатах. Он как бы «застывает» в жестком каркасе «неизменной» конфликтной ситуации.

2. *Вовлеченность*. Человек помещает себя в точку приложения угрожающих сил и смотрит на ситуацию только «изнутри». Он уже не способен отстраниться от конфликтной ситуации, дистанцироваться от нее, осуществить рефлексию и увидеть себя и ситуацию «снаружи».

3. *Сужение сферы позиции*. Сужение смысловой сферы личности происходит за счет представлений об ограниченных собственных ресурсах преодоления конфликта.

4. *Пассивность*. Понимая активно направленные на него воздействия участников конфликта, субъект не способен представить собственные конструктивные действия. Подобная пассивность позиции обесценивает любые известные человеку варианты решений – они остаются лишь «знаемыми» и не выполняют смыслообразующей и побудительной функций.

5. *Неразвитость временной перспективы*. Любая полноценная личность, по К. Левину, характеризуется «психологическим»

будущим. При дезадаптивной позиции такого будущего нет. Если оно и существует в сознании субъекта, то только в виде представлений о заведомом продолжении или усугублении, ухудшении актуальной ситуации.

Говоря о позиции личности в ситуации конфликта, хотелось бы отметить следующее. Приведенные рассуждения касаются *ситуативной* позиции. Но она может трансформироваться в *жизненную* позицию. Конфликтная ситуация превращается в настоящий суицидальный кризис, когда в ее сферу вовлекаются главные смысловые образования – ценностные отношения человека к жизни и смерти. Если «проигрышная» ситуативная позиция приводит к *утрате ценности жизни*, то дезадаптивная жизненная позиция сопровождается *возрастанием ценности смерти*. Иными словами, происходит инверсия отношений к жизни и смерти. Тогда лишение себя жизни начинает выступать как истинная потребность, формирующая цель самоуничтожения, как «запускающий» механизм суицидального поведения.

В любой психотравмирующей ситуации суицидогенные факторы индивидуального риска взаимодействуют с ***антисуицидальными личностными факторами***. Следует отметить, что данные факторы, препятствующие реализации суицидальных намерений, коренятся прежде всего в ценностной сфере личности. Именно своеобразная трансценденция на ценностно-нормативный уровень личности, как показано многими экзистенциальными психологами, и может преодолевать ситуативную, потребностную или реактивную, по словам Д.А. Леонтьева, логики поведения, нередко лежащие в основе суицидального поведения.

Антисуицидальные факторы также образуют определенную систему, в которую входят, в частности, следующие компоненты:

– интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким;

– родительские обязанности;

– выраженное чувство долга, обязательность;

– религиозные представления о греховности самоубийства;

– четкое осознание социальных требований, зависимость от общественного мнения;

– представление о неиспользованных жизненных возможностях;

– наличие творческих планов, стремление к самоактуализации и самореализации;

– наличие эстетических критериев – нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти;

– боязнь физического страдания.

Чем большее количество антисуицидальных факторов активизируется у субъекта в ситуации конфликта, тем прочнее его антисуицидальный барьер, тем менее вероятна реализация суицидальных намерений, и наоборот.

Сочетание суицидогенных и антисуицидальных личностных факторов позволяет представить ***типологию психологических механизмов суицидов*** в следующем виде (рис. 1). Каждый раз психические состояния и реакции, несущие угрозу суицида, возникают на основе взаимодействующего противоборства суицидогенных и антисуицидальных факторов, которые, если расположить их в ортогональной проекции, образуют 4 основных механизма суицидального поведения.

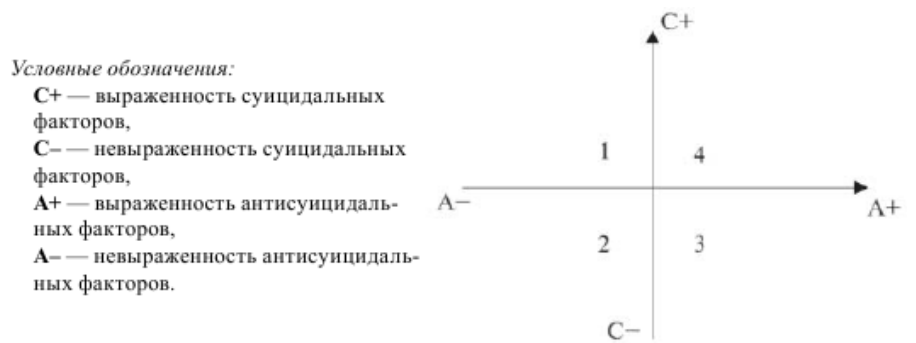

Рис. 1. Психологическая типология механизмов суицидального поведения

Следует отметить, что данная типология объясняет психологические механизмы поведения, несущего потенциальную угрозу суицида, главным образом у практически здоровых людей и у лиц с пограничной нервно-психической патологией. Суицидогенные патологические состояния у больных с выраженными психическими расстройствами подчиняются несколько иным закономерностям.

Рассмотрим подробнее психологические механизмы суицидального поведения.

1. *Суицидальное поведение лиц с высокой суицидальной направленностью и отсутствием антисуицидальных факторов*. Такие суицидоопасные состояния можно квалифицировать как *реакции отрицательного жизненного баланса*. Они представляют собой рациональное «подведение жизненных итогов», оценку пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизни. При наличии преимущественно внутренних конфликтов, объективно неразрешимых, и ограниченной адаптационной деятельности, обнаруживающих

явную тенденцию к постепенному и необратимому усилению в будущем, в сознании личности выводится «отрицательный жизненный баланс», с доминированием суицидогенных факторов и элиминированием антисуицидальных, что приводит к решению о самоубийстве.

Подобный механизм суицидального поведения наблюдается, например, у лиц с неизлечимыми заболеваниями (рак, лейкоз), понимающих неизбежность усиления страданий и летального исхода.

2. *Суицидальное поведение лиц с исходно низкой суицидальной направленностью и неразвитостью антисуицидальных факторов*. Психические состояния в рассматриваемой группе можно отнести к *реакциям эгоцентрического переключения*. Как правило, это остро возникающие, кратковременные реакции на столь же острые конфликты, которые начинаются с аффективных переживаний, но быстро генерализуются, охватывая все уровни психической деятельности. Идея суицида возникает в сознании внезапно, не подлежит осмыслению и обдумыванию, приобретая непреодолимую побудительную силу. Этап выбора вариантов поведения практически «свернут» до момента. Сознание переключается на субъективные импульсы. Окружающая действительность изменяет свое смысловое содержание, воспринимается преимущественно с позиций возникшего суицидального мотива. Суицидогенный конфликт и его участники как бы уходят за границы актуального сознания. Объекты, находящиеся в поле зрения суицидента, нередко приобретают значение средств самоубийства, выбор которых падает на первый подходящий предмет (окно, кухонный нож, веревка, ядовитое вещество и т. п.).

Своеобразной трансформации подвергается и самосознание: охваченность суицидальным побуждением предполагает отсутствие страха боли или смерти, телесные ощущения вытесняются из сознания. Период от зарождения суицидальных тенденций до их реализации исчисляется минутами. В результате эгоцентрического переключения сознания недоучитываются обстоятельства покушения, которое нередко при глубине и истинности намерения покончить с собой совершается на глазах у окружающих.

3. *Суицидальное поведение лиц с исходно низкой суицидальной направленностью и высоким уровнем развития антисуицидальных факторов*. У таких лиц психические состояния в условиях конфликта чаще всего приводят к так называемым *реакциям психалгии*. Суть этих преимущественно аффективных реакций состоит в ощущении «душевной боли», возникающей на фоне

выраженных отрицательных эмоций в условиях длительной психотравмирующей ситуации. При этом не происходит никаких интенсивных трансформаций сознания, биологических потребностей и витальных проявлений, сохраняется способность к дифференцированию внешних стимулов. Наблюдается некоторое сужение мотивационной сферы, ограничение общения. Характерна актуализация копинг-поведения, перебор действий, направленных на совладание с конфликтной ситуацией и на избавление от страдания. Наряду с этим проявляются и разнообразные защитные механизмы, которые, однако, оказываются неэффективными и не облегчают душевного состояния.

Психалгические реакции встречаются в широком спектре личностных вариаций и практически во всех возрастных группах. Их суицидоопасность чрезвычайно высока.

4. *Суицидальное поведение лиц с высокой суицидальной направленностью и высоким уровнем развития антисуицидальных факторов*. Как правило, механизм такого типа суицидального поведения встречается при *переживаниях негативных интерперсональных отношений*. Качественное своеобразие этих реакций, несмотря на присутствие в них аффективного компонента, заключается в идеаторной сфере. Речь идет о тех состояниях, которые сопровождаются мучительной сосредоточенностью на представлениях и суждениях, направляемых отрицательным отношением к субъекту высокозначимых для него людей. Подобные реакции появляются в ситуации межличностных конфликтов, которым предшествовал период интерперсональной фиксации на «значимом другом» в пределах круга общения человека. Такие фиксации сопровождаются доминированием в сознании выбранного объекта отношения. В ситуации конфликта возникает так называемая цепная реакция, когда человек, стараясь «оторваться» от источника боли, еще сильнее притягивается к нему. Таким образом, переживания отрицательных интерперсональных отношений обнаруживают тенденцию поддерживать себя по типу «порочного круга» и трансформироваться в пресуицид.

Период пресуицида бывает более продолжительным по сравнению со временем развития аффективных суицидов, что связано с постоянным действием антисуицидальных факторов. С последним обстоятельством связан и тот факт, что среди рассматриваемой группы суицидов встречаются как истинные, так и демонстративно-шантажные покушения, имеющие характер «призыва» или «протеста». Суицидентом предпринимаются меры к тому, чтобы источник конфликта знал о его намерениях.

Суицидальные тенденции исчезают, если ситуация меняется в благоприятную сторону. В противном случае манипулирование суицидальными проявлениями может продолжаться.

Таким образом, ***при определении индивидуального суицидального риска*** в экстремальных ситуациях анализируются и сопоставляются два ряда факторов: ***суицидогенные и антисуицидальные***.

Психологическая диагностика тех и других факторов может осуществляться с помощью разнообразных методов. Наиболее эффективными являются: клинико-психологическая беседа, направленное наблюдение, разнообразные проективные методы (Тематический апперцептивный тест, Незаконченные предложения, Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, Рисуночные тесты и т. п.), техники репертуарных решеток по Келли, личностные опросники и методы определения ценностных и смысловых ориентаций (Методика предельных смыслов, Опросник Рокича и др.).

В заключение хотелось бы отметить, что подавляющее большинство суицидогенных и антисуицидальных факторов в той или иной степени подвергается изменениям в течение жизни человека: меняются ситуации, уровни адаптации, позиции и реакции личности, мотивы поведения. Поэтому диагностированная у конкретного субъекта в данных обстоятельствах степень суицидального риска не может быть прямо экстраполирована на будущее. Отдаленный прогноз суицидального поведения – задача чрезвычайно сложная, требующая поисков дополнительных критериев.

И наконец, необходимо подчеркнуть, что в суицидологической практике определяется вероятность не только первичных, но и повторных суицидальных поступков. *Риск повторной суицидальной попытки* наиболее высок в течение года после первичного покушения, что связано, как правило, с неразрешенностью суицидогенного конфликта. Поэтому *наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых факторов риска повторного покушения и завершенного суицида*. Правильный психологический анализ таких суицидальных попыток определяет дифференцированную тактику ведения суицидента после попытки самоубийства, что повышает эффективность вторичной профилактики суицидов.

Рекомендуемая литература

Диагностика суицидального поведения: Методические

рекомендации / Сост. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. – М., 1980.

Тихоненко В.А. Жизненный смысл выбора смерти (этико-психологический анализ самоубийств) // Человек. – 1992. – № 6. – С. 21–24.

Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 21–24.

Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М., 2001.

А.Ю. Березанцев,
профессор, доктор медицинских наук

Введение в психосоматику

Содержательная сторона термина «психосоматика» является весьма неопределенной. Если вы зайдете в любой книжный магазин, где имеется отдел медицинской и психологической литературы, то увидите около десятка книг, в названии которых присутствует данное слово. При этом их содержание будет поразительно разнообразным – от отвлеченных философско-культурологических построений, апеллирующих к мистико-религиозному опыту, до пособий, посвященных различным «телесным» техникам и обещающих их адептам избавление от различных физических и душевных недугов. Разумеется, будут попадаться и книги клинико-психологического и психиатрического толка, представляющие традиционный научный взгляд на взаимоотношения души и тела. В широком смысле психосоматика, психосоматическая медицина – это некая общая установка, современный методологический подход, рассматривающий больного человека в широком контексте социальных влияний и взаимоотношений. В то же время ряд направлений в психосоматической медицине находится за границами поля современного научного познания, или так называемой доказательной медицины, основными гносеологическими критериями которой являются наличие понятных причинно-следственных связей в изучаемом явлении, его повторяемость и воспроизводимость в эксперименте. С этой точки зрения некоторые направления, относимые к психосоматике, нельзя расценивать (по крайней мере на современном уровне познания) как имеющие отношение к научной медицине и психологии. Этот полюс психосоматических представлений можно назвать «психоцентрическим», в фокусе его внимания находятся интрапсихические процессы, а для констатации первичности этих процессов по отношению к соматическим проблемам конкретного человека (т. е. психогенеза его соматических расстройств) достаточно установления символической связи психологического конфликта и соматической патологии, без объяснения физиологических механизмов ее формирования. К подобным направлениям можно отнести так называемую телесно-ориентированную психотерапию, ведущую свое начало от работ психоаналитиков Райха, Лоуэна, Фельденкрайза и представляющую крайне

аморфную как в теоретическом, так и прикладном отношении область. Ни у кого в настоящее время не вызывает сомнений связь между общим состоянием мышечного тонуса и эмоциональной сферой – это хорошо известно по практикам аутогенной тренировки, массажа. Релаксируя скелетную мускулатуру, мы достигаем эмоционального успокоения. В то же время на сегодняшний день никем не доказана взаимосвязь между определенными типами бессознательных комплексов и локальными мышечными зажимами, воздействуя на которые можно было бы управлять тонкими психическими энергиями. За рамками современного научного познания находится и большинство других психодинамических концепций, выводящих телесные феномены и расстройства из явлений психической жизни (что, разумеется, не умаляет их прикладной ценности). Основной методологический недостаток этих теорий – необъясненность ***механизмов*** вмешательства психики в соматическую сферу. Забегая вперед, необходимо пояснить, что существует два известных на сегодняшний день механизма – посредством нейроэндокринной системы и посредством интериоризации представлений. Первый механизм физиологичен, неспецифичен, хорошо изучен в медицине и психологии и тесно связан с аффективной сферой. Второй представляет собой (как считается) исключительно психологический феномен, символически замещенный функциональным соматическим симптомом, а границы и специфичность данного механизма до сих пор не вполне ясны. Действительно, вполне доступны изучению корреляты между эмоциональным состоянием человека и особенностями работы его вегетативной нервной системы, уровнем катехоламинов в биологических жидкостях и функциональными сдвигами в работе внутренних органов, которые реагируют на изменения нейрогуморальной регуляции. В то же время не вполне понятно, каким образом «усваивается» организмом представление человека в сфере своего «телесного Я», что приводит к функциональным и – гипотетически – к органическим изменениям и расстройствам. Тем не менее реальность данного механизма (в определенных границах) признается в клинической психологии и психиатрии, что получило отражение в концепции конверсионных расстройств. Необходимо отметить, что существует и противоположный полюс в психосоматических исследованиях – «соматоцентрический», который присутствует в трудах некоторых невропатологов и даже терапевтов. В подобных «психосоматических» работах психика редуцирована до некоего эпифеномена, незначительной надстройки над вегетативной нервной системой, не играющей

существенной роли в возникновении и течении соматического расстройства. И если в «психоцентрической» парадигме для излечения психосоматического расстройства необходимо разрешение внутрипсихического конфликта, то в последнем случае требуется, например, санация очага хронической инфекции. Вышесказанное свидетельствует о том, что психосоматика является междисциплинарной областью знания, требующей объединения и синтеза усилий многих специалистов.

Поэтому мне хотелось бы сразу обозначить тематику нашего сегодняшнего обсуждения – мы будем говорить только о тех аспектах психосоматических отношений, в которых можно найти клинико-психиатрическое и клинико-психологическое измерение, т. е. которые доступны научному (доказательному) изучению. С этой точки зрения в области психосоматических исследований можно выделить три основных направления. ***Первое направление*** связано с изучением влияния психологических факторов на соматическое состояние человека, в частности, выяснение их роли в генезе хронических соматических расстройств. ***Второе направление*** исследует влияние соматических расстройств на психическое состояние человека. ***Третье направление*** связано с изучением и классификацией психических расстройств в сфере «телесного Я» или «соматопсихики», т. е. в области психики, связанной с осознанием и переживанием собственной телесности. Эти психические расстройства классифицируются диагностическими рубриками современных классификаций психических и поведенческих расстройств.

Теперь остановимся на некоторых ключевых пунктах перечисленных трех клинических направлений психосоматической медицины. Нужно сказать, что история развития представлений в психосоматике достаточно полно описана в недавно переведенных книгах (Бройтигам В. с соавт. и Любан-Плоцца Б. с соавт.), и я остановлюсь на этом очень коротко. В отношении первого направления – ***влияния психологических факторов на соматическое состояние человека*** – необходимо отметить, что, во-первых, все классические психосоматические концепции были связаны с попытками доказать ведущую роль психогенного фактора в развитии хронических соматических заболеваний, во-вторых, они все вышли из психоанализа, генетически с ним связаны. Так, в качестве первой классической модели вмешательства психики в соматическую сферу можно рассматривать сформулированное З. Фрейдом понятие истерической конверсии. Классическими примерами конверсионных симптомов являются истерические припадки, нарушения в двигательной сфере или психогенная

анестезия. В понимании З. Фрейда вследствие конверсии нейтрализуется фрустрирующее бессознательное представление в связи с переводом его «суммы возбуждения» в соматическую сферу. Тесно связаны с представлениями о функциональных конверсионных расстройствах понятия о первичной и вторичной выгоде от конверсионных симптомов. Если «первичная выгода» состоит в нейтрализации самого бессознательного представления и достижении психологического гомеостаза, то «вторичная выгода» достигается тем, что функциональный конверсионный симптом, воспринимаемый самим больным и окружающими как проявление истинного заболевания, дает пациенту определенные социальные льготы, он играет роль больного, окружен заботой и вниманием окружающих, а также дает возможность ими манипулировать, при наличии определенной личностной структуры. Подобную личностную структуру, характерную для истерических личностей, можно обозначить как «эгоцентрический тип регуляции» (по Якубику А.). Основная ее характеристика – бессознательное стремление истерической личности замкнуть на себя микросоциальные отношения и манипулировать ими в своих интересах. При этом способы манипуляции могут быть различными, в том числе и посредством функциональных соматических (т. е. конверсионных) симптомов. Параллельно со своей конверсионной концепцией З. Фрейд описал такие соматические симптомы, как потливость, головокружение и поносы как эквиваленты приступа страха, и четко отграничил их от конверсионных расстройств. С тех пор, как уже указывалось, общепризнаны два механизма вмешательства психики в соматическую сферу: истерическая конверсия как символическая проекция психического содержимого и собственно соматизация как результат эмоционального напряжения, асимволическая по своей сущности и определяемая нейроэндокринными механизмами.

В дальнейшем врач и психоаналитик Франц Александер предложил обширную теорию объяснения психосоматических связей. Он выделил группу «психосоматических» болезненных состояний (семь заболеваний, в дальнейшем обозначенных как «holy seven» – «священная семерка»): язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальную гипертонию, ревматический артрит, гипертиреоз, нейродермит и бронхиальную астму – и отграничил их от конверсионных симптомов (т. е. эти заболевания не имеют какого-либо символического значения). С одной стороны, как врач, Ф. Александер попытался дать материалистическое истолкование механизмов развития данных заболеваний, с другой стороны, как

психоаналитик, он попытался увязать их развитие с бессознательными конфликтами. Теория Ф. Александера была едва ли не единственной в истории психоанализа попыткой физиологического обоснования механизмов влияния психики на соматическую сферу. Как уже указывалось, психодинамические концепции в принципе никак не объясняют подобные механизмы. Наиболее определенно данная позиция сформулирована Гюнтером Аммоном в его книге «Психосоматическая терапия»: «Психоаналитическая психосоматика не претендует на объяснение психосоматических механизмов здоровья и болезни. Ее усилия по исследованию и лечению психосоматических заболеваний происходят не на уровне классической проблемы души и тела, которая постоянно обозначается как центральная проблема психосоматической медицины. Так, З. Фрейд… всегда настаивал на том, что благодаря открытию динамики бессознательного и развитию психоанализа как объективного метода изучения этой динамики классический вопрос о связи души и тела стал излишним, поскольку он обойден новыми постановками вопросов в психоанализе». Возвратимся к уже упоминавшейся выше «священной семерке» «психосоматических» заболеваний. Их развитие, по Ф. Александеру, происходит следующим образом: бессознательные конфликты порождают хроническое эмоциональное напряжение, которое приводит к хроническому напряжению вегетативной нервной системы, которое, в свою очередь, приводит к функциональным, а затем и необратимым изменениям внутренних органов. Классификация Ф. Александера строилась на различении симпатической и парасимпатической готовности. Так, если не изживаются агрессивно-враждебные стремления, то они соматизируются через симпатическую систему в виде эссенциальной гипертонии; если не реализуется потребность пассивного поиска помощи, соматизация происходит через парасимпатическую систему и реализуется в виде язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Вместе с тем Ф. Александер полагал, что для формирования психосоматических нарушений, помимо специфического конфликта, необходимо также наличие других предрасполагающих генетических, биохимических и физиологических факторов. Отметим, что в концепции Ф. Александера присутствуют по крайней мере три фундаментальные ошибки. Так, в процессе развития медицины произошла дифференцировка нозологических единиц, которыми он пользовался (бронхиальной астмы, гипертиреоза и др.), была установлена их полиэтиологичность. Утратило актуальность и строгое различение симпатической и парасимпатической

регуляции. Как в норме, так и при «психосоматических» расстройствах отсутствуют антагонистические вагосимпатические взаимоотношения, а происходит их своеобразная интеграция в единые функции. Ошибочным было и выведение из функциональных соматовегетативных сдвигов хронических соматических заболеваний, имеющих органическую основу (субстрат). Любопытно, что в отечественной медицине длительное время существовала сходная точка зрения на психогенез хронических соматических заболеваний, правда, с совершенно противоположных теоретических позиций. Речь идет о теории кортиковисцеральной патологии (Быков, Курцин), возникшей на основе синтеза работ павловской школы. Последователи данной теории выдвинули представление о невротической стадии психосоматических заболеваний (под «психосоматическими» в данном случае подразумеваются прежде всего хронические соматические расстройства, сопровождающиеся органическими изменениями внутренних органов и традиционно, со времен Ф. Александера, относимые к разряду «психосоматических»: гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.). Используя в качестве основного приема метод вызова экспериментального невроза, Быков и Курцин показали, что для невроза наряду с нарушениями высшей нервной деятельности столь же характерны и генерализованные висцеральные дисфункции. Эти данные были априорно использованы в качестве доказательства кортиковисцерального генеза ряда заболеваний внутренних органов: желудка и кишечника, печени и поджелудочной железы, сердца, сосудов и системы крови. При этом авторы отрицали наличие резкой грани между функциональным нарушением и органическим повреждением, рассматривая их как разные стадии единого, последовательно развивающегося процесса. Вместе с тем работы клиницистов не подтверждают эту концепцию.

Рис. 1. Модель психосоматических отношений

Таким образом, исходя из вышесказанного, можно выделить по крайней мере две пары признаков, характеризующих психосоматический симптом: функциональность-органичность, символичность-асимволичность. Внутри каждая из этих пар образует полярности, характеризующие тяготение симптома к психическому или соматическому полюсу (рис. 1).

Очевидно, что к психической составляющей тяготеют такие характеристики, как функциональность и символичность, а к соматической составляющей – органичность и асимволичность. Подобное тяготение становится очевидным при рассмотрении предложенной теоретической схемы психосоматических отношений. Необходимо пояснить, что полярность указанных выше пар признаков относительна и отражает лишь общую тенденцию. Так, не все соматоформные симптомы несут символическую нагрузку и не все хронические соматические расстройства асимволичны и не обнаруживают очевидных связей с психогенным фактором. Данная схема подразумевает, что существуют три зоны взаимодействия психического и телесного. Психическая краевая зона представляет собой психические процессы, в которых нет очевидной взаимосвязи с соматической сферой (в виде влияния одной на другую). В то же время в данной краевой зоне могут протекать психические процессы и расстройства, содержательной стороной которых является привязка к «телесному Я» индивида, при этом указанные феномены носят исключительно психический характер и не сопровождаются объективными соматическими изменениями (о подобных расстройствах – «соматоформных» – речь пойдет ниже).

Соматическую краевую зону представляют соматические расстройства, роль психогенных факторов в генезе и течении которых если и присутствует, то играет лишь инициирующую, триггерную, разрешающую, но не специфическую роль по отношению к конкретному заболеванию. В первую очередь к ним относятся классические «психосоматические» заболевания, выделенные Ф. Александером, или, как их еще обозначают, «психосоматозы». И наконец, промежуточная зона, «психосоматическая» в собственном смысле слова, где отмечается, говоря словами К. Ясперса, непосредственная «сопряженность» психических и соматических процессов. Это области произвольной нервной регуляции (двигательной), сенсорных анализаторов и вегетативной нервной системы. К расстройствам в их областях относятся классические конверсионные функциональные нарушения в двигательной и сенсорной сферах (парезы, анестезии и проч.) и вегетативные нарушения, тесно связанные с эмоциональными факторами (например, ларингоспазмы, другие функциональные вегетативные нарушения, проявляющиеся в определенных ситуациях и приобретающие характер «условной желательности»). Необходимо отметить, что данная схема носит теоретический характер и границы «перекрывания» психического и соматического весьма условны. С одной стороны, в настоящее время никто не подвергает сомнению взаимосвязь психических и соматических процессов, с другой – ограничивать зону их взаимного влияния лишь наиболее наглядными проявлениями было бы также не вполне правильно. В то же время существует соблазн полностью совместить сферы психического и соматического, рассматривая как «психосоматические» любые психические и соматические процессы. Так, на заре становления психосоматической медицины были отдельные попытки распространения конверсионной модели на болезни органов и вообще на все заболевания (Гроддек), в то время как сам З. Фрейд и большинство психоаналитиков до настоящего времени ограничиваются в применении конверсионной модели только истерией (Лапланш, Понталис). В настоящее время подобная радикальная точка зрения, имеющая, казалось бы, лишь историческое значение, неожиданным образом получила новую жизнь в теории онтопсихологии. Так, Менегетти указывает, что «психической идентификации предшествует идентификация телесная, соматическая, и именно в силу обращения к этому процессу первичного познания может произойти патологическое изменение». Далее Менегетти утверждает положения еще более революционные: «Онтопсихология расценивает все болезни как

психосоматические. Все хронические заболевания, в том числе так называемые неизлечимые (к примеру, рак, наркотическая зависимость и СПИД), имеют исключительно психическое происхождение. Они ***исчезают*** (выделено мной. – *А.Б.*) после вмешательства в причинность психической деятельности». Таким образом, по Менегетти, соматические и психические процессы – суть одно и то же и каждому соматическому изъяну соответствует зеркально отраженный изъян психический, воздействуя на который можно добиться излечения любых соматических расстройств. Мы остановились на данных концепциях только для того, чтобы еще раз подчеркнуть формат сегодняшнего обсуждения проблемы – клинико-психологические аспекты психосоматических отношений.

Представления в психосоматической медицине, близкие к теории Ф. Александера, наибольшим влиянием пользовались в 1930–1950-е годы. Многие данные, опубликованные в ранней литературе психосоматического направления, были, как оказалось, основаны на результатах некорректно проведенных исследований. Так, при отборе больных для последующего наблюдения допускалась предвзятость (особенно это касалось пациентов, направляемых терапевтом на консультацию к психиатру); зачастую не было контрольных групп; использовались субъективные и нестандартизированные подходы к психологической оценке. К тому же большинство подобных методов исследования были ретроспективными, т. е. клиницист, обследуя пациентов с уже развившимся соматическим заболеванием, пытался установить, предшествовали ли его началу определенные эмоциональные конфликты или стрессовые события, а также наблюдались ли в преморбидной личности больного соответствующие характерные черты.

Ряд психоаналитически ориентированных исследователей пошли другим путем и начали поиски общих типологических проявлений, свойственных большинству больных с психосоматической симптоматикой. Классические психосоматические работы характерологического направления принадлежат американскому врачу Флеренс Данбер. Она описала личность, склонную к кардиальным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Такие люди описываются как выдержанные, способные к последовательной, целенаправленной деятельности и могущие отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели. Им свойственны честолюбие, ориентация на профессиональную деятельность, склонность к соревновательности и соперничеству. Спешка, нетерпение, беспокойство, постоянно напряженная

лицевая мускулатура, чувство ответственности характерны для будущих «инфарктников». Эти люди больше ориентированы на карьеру и социальный успех, нежели на внутренний и семейный мир. Угрожаемое инфарктом поведение было обозначено как поведение типа А, ему противопоставлено поведение типа В, которое занимает противоположный полюс. Этим людям свойственны импульсивность, неупорядоченный образ жизни, отсутствие прогноза своих действий, склонность к спонтанным побуждениям и сниженный контроль агрессивности. Данный тип был охарактеризован как «личность, склонная к несчастьям», поскольку у многих из них отмечались в течение жизни повторные несчастные случаи. Психоаналитически это истолковывалось как проявление тенденции к самонаказанию, исходящей из неосознанного чувства вины. Вместе с тем вопрос о специфичности поведенческих типов остается до сих пор открытым. По-видимому, поведенческие типы можно расценивать только как факторы риска, которые лишь повышают вероятность возникновения заболевания, но не являются его непосредственной причиной.

В определенной степени обсуждаемая с 1970-х годов модель алекситимии является современной версией концепции типологии личности. Термин «алекситимия» (от греч. *lexis* – речь; *thymos* – душа, настроение, чувство) означает затруднения субъекта в передаче, психологическом описании своих внутренних эмоциональных состояний. С начала 1950-х годов многие исследователи обратили внимание, что больные с «психосоматической» (в понимании Александера Ф.) симптоматикой по своей психологической структуре отличаются от пациентов с неврозами и здоровых людей. Были выявлены ограниченная способность психосоматических пациентов воспринимать чувства и трудности в вербализации внутренних переживаний, что отличает их от невротиков, которые обычно готовы рассказать о своих противоречивых переживаниях. Психосоматические больные в отличие от невротиков часто хорошо адаптированы в своем социальном окружении и могут годами демонстрировать себе, своим близким и врачам состояние удовлетворенности и отсутствие проблем. Для этих людей язык органов – боль является, по выражению одного из немецких исследователей, «будильником в их ненарушенном мире». Для объяснения феномена алекситимии выдвигались различные гипотезы, наиболее распространенными из которых являются психодинамическая и социально-психологическая. Согласно первой, у этих больных имеет место «первично-застревающее» на более ранней стадии развитие с регрессией своего Я на

примитивный защитный уровень и с агрессивными и аутоагрессивными тенденциями в виде соматизации (разумеется, без объяснения ее физиологических механизмов). Согласно второй гипотезе, алекситимия формируется семейной средой, в которой не принято выражать свои чувства. Эта позиция может затем углубляться по мере многолетнего следования общественным нормам и интерпретируется как феномен типичного приспособления к западному индустриальному обществу. Однако клиническое значение феномена алекситимии до сих пор оспаривается. Несмотря на то что алекситимию выявляют у многих (хотя и не у всех) психосоматических больных, она обнаруживается у не меньшего числа больных с неврозами и здоровых людей. Поэтому более правильно говорить о том, что алекситимическая структура личности представляет собой неспецифический фактор риска, который может взаимодействовать с другими (специфическими и неспецифическими) факторами. Вместе с тем диагностика алекситимии широко используется в настоящее время в психосоматических исследованиях. Для этого применяется Торонтская алекситимическая шкала, переведенная и адаптированная в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Таким образом, классические концепции психосоматической медицины на сегодняшний день имеют скорее историческое значение, поскольку не удалось обнаружить достоверных корреляций между бессознательными конфликтами, социально-стрессовыми воздействиями, типологией личности и характером хронических соматических расстройств. Современные направления в изучении психосоматических отношений постепенно концентрируются на изучении, говоря словами К. Ясперса, «слоя психофизиологических отношений, в которых можно обнаружить сопряженность физических и психических процессов», т. е. на сфере нейрогуморальной регуляции.

Большое влияние на развитие психосоматических исследований оказала концепция стресса, которая явилась действенным мостом между физиологией, с одной стороны, и психологией и психоанализом – с другой. Как известно, под стрессом Г. Селье понимал совокупность всех неспецифических изменений, возникающих под влиянием любых сильных воздействий и сопровождающихся перестройкой защитных систем организма. Во всех случаях подобных воздействий в организме, как правило, возникает стереотипная реакция в виде учащения пульса, увеличения артериального давления, повышения в крови содержания гидрокортизона и т. д. В дальнейшем исследователи

включили в понятие стресса реакции, вызываемые в организме различными психологическими раздражителями, и наряду с термином «стресс» стали все чаще применять такие понятия, как психологический или эмоциональный стресс. Однако природа психологического стрессора и особенности его влияния на организм совершенно иные, нежели у стрессоров физиологического происхождения. Во-первых, один и тот же психологический фактор может вызвать у различных людей совершенно разные психосоматические последствия. Психогенный фактор воздействует на личность человека, и степень его патогенности (т. е. повреждающий потенциал) зависит от зрелости личностных механизмов, с которыми он взаимодействует. Если человек преодолевает сложную жизненную ситуацию, справляется с ней путем мобилизации и целенаправленной деятельности, то негативные психосоматические последствия не развиваются. Если же стрессогенная ситуация предъявляет человеку требования, которые воспринимаются им как превосходящие его возможности в их преодолении, это ведет к возможной декомпенсации состояния с развитием тревожно-депрессивных расстройств и вегетативных нарушений. Таким образом, фактор субъективного восприятия стрессогенной ситуации часто играет решающую роль в степени ее патогенного воздействия на личность. Было множество попыток классификации психологических стрессоров. Так, в англоязычных странах длительное время использовалась шкала социальной адаптации Холмса, в которой были перечислены наиболее распространенные жизненные стрессогенные ситуации. При этом важными факторами, определяющими тяжесть состояния больного, являются число и значимость психосоциальных стрессов в его жизни. Чем больше стрессов обрушивается на человека в одно и то же время, тем сильнее их влияние на его способность к адаптации. Согласно указанной шкале, из включающего 43 пункта перечня жизненных событий, вызывающих психосоциальный стресс, первые пять позиций (по относительной степени важности) занимают: смерть супруга, развод, распад семьи, тюремное заключение, смерть близкого члена семьи, а на двадцатом месте – долг свыше 10 000 долларов. Разумеется, как показывает этот пример, патогенность многих социально-психологических факторов зависит от конкретных социально-экономических условий.

Закономерно возникает вопрос и о личностных механизмах, способствующих или препятствующих преодолению психологического стресса. Со времен З. Фрейда нам известно деление психики на сознание и бессознательное, соответственно

механизмы преодоления стресса подразделяются на осознанные (или полуосознанные) и бессознательные. К первым относятся копинг-механизмы, или механизмы совладания. Под ними подразумеваются формы преодоления стрессовых ситуаций, проблем, порожденных, как правило, либо соматическим заболеванием, либо внешними, субъективно сложными обстоятельствами. Эти механизмы определяют успешную или неуспешную адаптацию человека в новой, субъективно сложной ситуации. Изучение копинг-механизмов (КМ) было тесно связано с исследованиями психологического стресса. Лазарус определял КМ как стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуации психологической угрозы, в частности, в условиях приспособления к болезни как угрозе физическому, личностному и социальному благополучию. Поскольку КМ – это активная стратегия преодоления ситуации, то соответственно данные механизмы могут проявляться в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности. В когнитивной сфере – это отвлечение или переключение мыслей на другие, «более важные» темы; принятие ситуации как чего-то неизбежного, проявление своего рода философии стоицизма, смирения; снижение серьезности создавшейся ситуации с помощью юмора, иронии; проблемный анализ сложившейся ситуации, обдумывание стратегий своего поведения; сравнение себя с другими, находящимися в относительно худшем положении; придание личностного смысла создавшейся ситуации, например, отношение к сложившейся ситуации как к вызову судьбы или проверке стойкости духа. В эмоциональной сфере возможны два варианта – либо отреагирование отрицательных эмоций в разумной, приемлемой форме, либо их подавление с сохранением самообладания, самоконтроля. В поведенческой сфере возможны отвлечение – обращение к какой-либо деятельности; проявления альтруизма – забота о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план; активная защита – встречи с адвокатами, написание жалоб, ходатайств и т. д.; активный поиск эмоциональной поддержки – стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание.

Ко второй группе механизмов (бессознательных) относятся механизмы психологических защит (МПЗ), представления о которых первоначально формировались в рамках психоанализа, а в дальнейшем были интегрированы различными течениями психологии и психотерапии. МПЗ стали рассматриваться уже вне рамок психоаналитической теории как важнейшая форма реагирования индивида на психическую травму, которая направлена на смягчение патогенного действия психогении,

снижение личностной тревоги и восстановление психологического гомеостаза. Действие МПЗ двояко: с одной стороны, это механизм адаптации, с другой – при односторонности, бедности психологической защиты, значительном изменении ее количественных характеристик она может сыграть патогенную роль и преобразовать высокую тревогу в психопатологический симптом. Разница в том, что у зрелой личности МПЗ, срабатывая при воздействии психогении и гася ее патогенное воздействие, уступают место копинг-механизмам, или механизмам совладания, т. е. конструктивным стратегиям, направленным на преодоление ситуации. У личностей незрелых происходит «застревание» на данных бессознательных механизмах и их количественное нарастание, что может привести к дезадаптации личности и развитию психического расстройства. Таким образом, длительность действия психологических защит может быть различной – от мгновения до периода времени, сравнимого с длительностью жизни человека. К наиболее известным МПЗ относятся вытеснение, отрицание, проекция, регрессия, рационализация, интеллектуализация и некоторые другие. Я не буду здесь останавливаться на каждом из этих механизмов, поскольку они подробно описаны в психологической литературе и специалисты-психологи, как правило, хорошо в этом вопросе ориентированы. Необходимо сказать лишь о том, что психологический механизм соматизации (он же конверсионный), к которому мы еще будем возвращаться, в широком, не психоаналитическом, смысле можно рассматривать как один из частных механизмов психологических защит. Действительно, соматизация, бегство в болезнь являются хотя и не вполне зрелыми, но социально приемлемыми механизмами адаптации, поскольку снимают с субъекта часть социальных обязанностей и дают определенные льготы.

В некоторых классификациях объединяют в единое целое копинг-механизмы и механизмы психологических защит. Это объединение целесообразно с практической точки зрения при целостном рассмотрении механизмов приспособления личности. В то же время копинг-механизмы и механизмы психологических защит имеют определенные качественные различия. Во-первых, копинг-механизмы – это осознанные или полуосознанные механизмы в отличие от механизмов психологических защит, которые носят бессознательный характер. Во-вторых, копинг-механизмы направлены на изменение ситуации, преодоление ее в отличие от механизмов психологических защит, которые трансформируют собственное Я. Таким образом, если КМ – это активные, гибкие, конструктивные стратегии, то МПЗ –

пассивные, ригидные и дезадаптивные и представляют собой не стратегии преодоления, а стратегии ухода, бегства от разрешения ситуации. Необходимо пояснить, что и КМ и МПЗ присущи каждому человеку и сопровождают его на протяжении всей жизни, проявляясь в повседневной деятельности. Однако их пропорция может быть различной. У зрелых, гармоничных личностей преобладают механизмы совладания, у незрелых, дисгармоничных, инфантильных – механизмы психологических защит. Необходимо отметить, что КМ, так же как и МПЗ, – это стратегии, направленные на снижение степени патогенного воздействия психогении на личность и в конечном счете на снижение личностной тревоги.

Таким образом, психологический стресс, преломляясь через психосоматическую сферу человека, приобретает две равноценные составляющие – сдвиги в регуляторных гомеостатических системах организма на биологическом уровне и изменения в гомеостатических психологических системах. Изменения в обеих регуляторных системах (биологической и психологической) могут патологизироваться. При этом объективно наблюдаемые изменения в соматической сфере под влиянием психогенных факторов можно обозначить как собственно психосоматические, а психогенно-стрессовые психические расстройства будут включать в себя в том числе и патологические изменения в области «телесного Я», т. е. соматоформные проявления. Действительно, телесный Я-образ является важной для каждой личности подструктурой самосознания, которая, с одной стороны, активно защищается от фрустрирующих воздействий, а с другой – практически всегда вовлекается в патологический процесс при развитии психического расстройства.

Влияние соматической сферы на психику. В рамках этого направления можно выделить два аспекта. Первый – это влияние на психику соматических заболеваний, непосредственно меняющих соматический гомеостаз и затрагивающих центральную нервную систему. Наиболее типичный пример – сосудистые заболевания головного мозга. Атеросклероз влияет на метаболические процессы в центральной нервной системе, и в результате возможен широкий спектр психопатологических расстройств – от неврозоподобных состояний до сосудистого слабоумия и функциональных психозов. Другой пример – онкологические заболевания на своей терминальной стадии, когда имеются массивная раковая интоксикация, глубокая астения с элементами нарушенного сознания, возможны метастазы в мозг с соответствующей неврологической и

психопатологической симптоматикой. Иногда этот раздел учения о соматогенных расстройствах обозначают как «соматопсихиатрию». Таким образом, это область компетенции психиатров, которая для медицинских психологов большого интереса не представляет. Второй аспект – это различные реакции личности на хронические или острые соматические заболевания. Здесь имеется два уровня явлений, первый – психологический, т. е. психологические особенности отношения личности к болезни. Это направление получило развитие в медицинской психологии в рамках концепции «внутренней картины болезни». Второй уровень явлений – это клинико-психопатологические феномены, т. е. психогенные расстройства как следствие реакции личности на болезнь. Эти влияния – соматическая болезнь как соматогения, т. е. как органический фактор, и соматическая болезнь как психогения, т. е. как психогенный фактор, – могут сочетаться. Например, на начальном, диагностическом этапе онкологических заболеваний, когда пациент впервые узнает о своем диагнозе, развивающиеся у него психические расстройства имеют исключительно психогенную природу. В дальнейшем, на терминальных стадиях могут уже присоединяться расстройства соматогенные. Необходимо отметить, что психосоматические аспекты можно найти везде, где имеется взаимовлияние и наложение соматических и психических проблем. Например, психосоматические аспекты хирургических вмешательств, гемодиализа (искусственной почки), где присутствует и психогенная и биологическая травматизация. Я не буду говорить о функциональных психозах (соматогенных психических расстройствах), как уже указывалось, это компетенция психиатров. Несколько слов о «внутренней картине болезни» (ВКБ). Это понятие ввел отечественный терапевт Р.А. Лурия, отец известного нейропсихолога А.Р. Лурия, ученика Л.С. Выготского. Под ВКБ понимается вся совокупность ощущений, представлений и переживаний пациента по поводу своего заболевания. Можно утверждать, что любое хроническое соматическое заболевание оказывает влияние на психику человека, даже если при этом у него не отмечается каких-либо клинически очерченных психических нарушений. Результаты многочисленных клинико-психологических исследований, посвященных изучению ВКБ при различных соматических заболеваниях, обобщены в монографии В.В. Николаевой. Согласно указанному автору, ВКБ охватывает разнообразные стороны субъективного восприятия заболевания. Это сложное структурированное образование включает по крайней мере четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего. Первый уровень – чувственный, уровень

ощущений. Второй уровень – эмоциональный, связан с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия. Третий уровень – интеллектуальный, включает представления, знание больного о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях. Четвертый уровень – мотивационный, связанный с определенным отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья. В последнее десятилетие в трудах клиницистов и психологов, работающих преимущественно в стенах Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, часто также используется понятие «отношение к болезни» (Кабанов М.М. и др.). Это мотивируется тем, что данное понятие более обосновано с позиций теории личности как системы отношений, разработанной в свое время выдающимся отечественным ученым В.Н. Мясищевым. Изучение ВКБ, личностных реакций и соматогенных влияний на психику при различных соматических заболеваниях – тема неисчерпаемая. Очевидно, что, например, модель ВКБ при ревматоидном артрите, типичная для данной категории больных, а также спектр наблюдающихся у них психических расстройств будут отличаться от таковых при, скажем, гипертонической болезни или красной волчанке. Важное место в изучении ВКБ (так же, как и в изучении психологического стресса в целом) занимает выявление стратегий преодоления или приспособления пациента к своему заболеванию, т. е. копинг-механизмов и механизмов психологических защит, о чем уже говорилось выше.

Расстройства в сфере соматопсихики. В психологии, философии при рассмотрении различных аспектов физического бытия человека используются такие базисные понятия, как «телесность», «образ тела», «образ физического Я». Множество работ посвящено психологическим, феноменологическим, социологическим, культурологическим аспектам человеческой телесности. В отечественной науке данное направление длительное время табуировалось по понятным причинам – в нем присутствует много точек пересечения с психоанализом, есть и иные аспекты, освещение которых не приветствовалось по идеологическим мотивам. В последнее десятилетие в отечественной психологии также появились крупные работы в рамках данного направления, достаточно упомянуть фундаментальную монографию А.Ш. Тхостова «Психология телесности», изданную в 2002 г. Как отмечает Мосс, «три

измерения человеческой телесности – физиологическое, социологическое, психологическое – не только сосуществуют, но и образуют уникальное взаимодействие физического, социального и индивидуального в человеческом теле как посреднике их существования». Таким образом, телесная организация человека заключает в себе определенное противоречие: являясь для самого человека его собственным телом, оно несет в себе иное, социальное качество. Вместе с тем социальный аспект относится прежде всего к внешней телесности, к внешнему облику человека и телесным аспектам его социального функционирования. Внутренняя телесность человека, т. е. область интероцептивных восприятий и ощущений, связанных с состоянием и функционированием внутренних органов и тканей, имеет иную феноменологию – она лишена социального аспекта, субъективный внутренний телесный опыт является достоянием лишь данного конкретного человека и не сопоставим с телесным опытом других людей. Таким образом, внешняя телесность человека, являясь его собственным достоянием, в равной степени относится и к внешнему, объективному миру, доступному для наблюдения всеми людьми. Внутрителесные переживания наряду с интрапсихическими процессами относятся к его внутреннему, приватному миру, а перевод значений из внутреннего мира человека во внешний возможен либо путем вербализации внутрителесных переживаний и ментальных процессов, либо через внешнюю телесность – экспрессивными проявлениями в двигательной сфере, области произвольной нервной регуляции. Приоритет в выделении клинико-психологического аспекта телесности человека принадлежит выдающемуся немецкому психиатру Вернике, который подразделил содержательные элементы психики на осознание внешнего мира (аллопсихические элементы), осознание собственной телесности (соматопсихические элементы) и осознание собственной личности (аутопсихические элементы). В настоящее время в психиатрической литературе отсутствует четкая систематика основных механизмов формирования соматоформных расстройств (т. е. патологических телесных перцепций и представлений, лишенных реальной соматической основы), поэтому их выделение является актуальным для психиатрической науки и практики.

Современная концепция соматоформных расстройств непосредственно связана с известными работами ученых Вашингтонского университета (медицинской школы) Сент-Луис (St. Loius) С.Б. Гьюза, М. Перли, Р.А. Вудрафа, П.Д. Клаутона, С.Р. Клонингера. Ими было предложено различать конверсионные

расстройства, истерическую личность и истерию, которую они в дальнейшем обозначили как синдром Брике. По определению этих исследователей, синдром Брике – это полисимптоматическое расстройство, начинающееся до 35 лет, преимущественно у женщин, характеризующееся хроническим или рекуррентным течением, сложной и драматической историей болезни и включающее различные классы симптомов, болевые, тревожные, гастроинтестициальные, дизурические, сексуальные и эндокринные (нарушения менструального цикла), показатели семейной дезадаптации, нервозность и расстройства настроения. С.Б. Гьюз в 1970 г. в связи с тем, что диагноз «истерия» носит стигматизирующий характер, предложил переименовать истерию в «синдром Брике» (Briquet's syndrome).

Таким образом, более мягкие истерические расстройства с проекцией представлений (телесных фантазий) в сферу внутренней телесности оказались, по феноменологическому принципу, выделенными в самостоятельную диагностическую рубрику и, по этическим соображениям, переименованы в «синдром Брике», а затем в «соматизированное расстройство», став головной диагностической рубрикой кластера соматоформных расстройств в DSM-IV и ICD-10. Однако истерические расстройства с проекцией бессознательных телесных представлений в двигательную сферу, область внешней телесности (которые в настоящее время встречаются крайне редко вследствие патоморфоза истерических расстройств) и с проекцией представлений, фантазий в сферу телесности внутренней отличаются лишь «точкой приложения» и представляют собой разновидности одного механизма – конверсионного. Ограничение в современных классификациях понятием «конверсия» лишь расстройств в сфере внешней телесности связано также с большей клинической четкостью этих нарушений.

Разумеется, существуют отличия в клинических проявлениях психических расстройств с разной направленностью (интенцией) бессознательных телесных фантазий. Если проекция представлений в область внешней телесности может сопровождаться псевдоневрологическими расстройствами (двигательными и проч.), то проекция телесных фантазий в область телесности внутренней, область непроизвольной нервной регуляции, не служит непосредственной причиной объективных сомато-вегетативных нарушений (хотя может на них накладываться).

Прежде чем рассмотреть механизмы формирования необоснованных соматических жалоб, т. е. соматоформных

симптомов при ипохондрических состояниях, необходимо кратко остановиться на самом понятии ипохондрии. Не вполне определенное место ипохондрии среди психических заболеваний вызвало множество попыток ее классификации и создания четких диагностических критериев. В настоящее время можно выделить два основных подхода к определению ипохондрии: ипохондрия – психическое расстройство, выступающее в качестве самостоятельного синдрома, ипохондрия – метасиндромальное образование.

Представители метасиндромальной концепции (Фильц А.О., Смулевич А.Б. и др.) относят ипохондрию к расстройствам, лишенным собственной психопатологической структуры и принимающим форму того синдрома, в рамках которого выступают.

Как отмечает С.Л. Рубинштейн, в чувствительности, сенсорике существуют два неразрывных компонента – аффективный и собственно перцептивный, созерцательный, причем аффективный компонент преобладает в видах чувствительности, отражающих состояние внутренней среды организма. В то же время внутренние органические ощущения в норме не находятся постоянно в фокусе сознания и осознаются в тех случаях, когда само тело превращается в объект познания. Таким образом, находящиеся в норме на периферии сознания соматические ощущения могут приковывать внимание и занимать доминирующее место в сознании человека в том случае, если они приобретают для него повышенную значимость и аффективную окрашенность. Данный механизм формирования соматоформных симптомов (поиск, преувеличение и интерпретация реальных соматических ощущений) можно обозначить как «гиперцептивный», а сами подобные преувеличенные ощущения – как «гиперцепции». Но сама ипохондрическая фиксация, как рефлексивное, метасиндромальное образование, может сочетаться и с другими механизмами симптомообразования соматоформных расстройств, при которых формируются соматические перцепции, не соответствующие реальной интероцептивной импульсации (подобные ощущения можно обозначить как «дисцепции»). К подобным механизмам можно отнести остальные три, описанные в данном разделе.

Соматовегетативный симптомокомплекс входит в число облигатных характеристик депрессии. Согласно DSM-IV, ICD-10, при тревожных и депрессивных расстройствах отмечаются общие патологические симптомы: расстройства сна, нарушения аппетита, трудности концентрации внимания, раздражительность, утомляемость, упадок сил. Помимо

перечисленных симптомов, общими являются также неспецифические соматические жалобы: учащение пульса и другие признаки психомоторной и вегетативной гиперактивности, нарушения дыхания, тремор, дрожь, потливость, приливы жара или холода, слабость, дурнота, головокружение, эпигастральный дискомфорт, хроническая или рекуррентная ноющая боль, не имеющая соматической основы. Таким образом, соматовегетативный симптомокомплекс при тревожно-депрессивных расстройствах включает в себя две равнозначные составляющие: субъективные соматические ощущения пациента, не имеющие реальной соматической основы, т. е. «соматоформные», по современной терминологии, и объективно выявляемые сдвиги в области витальных функций организма и вегетативной регуляции.

Для понимания механизма формирования соматоформных проявлений при тревожно-депрессивных расстройствах необходимо указать на неотделимость внутренних органических ощущений от аффективного компонента. Как указывал С.Л. Рубинштейн, чувственную основу настроения (понимаемого как общее эмоциональное состояние личности) «образуют органическое самочувствие, тонус жизнедеятельности организма и те разлитые, слаболокализованные органические ощущения (интроцептивной чувствительности), которые исходят от внутренних органов». Таким образом, вполне объяснимым представляется тот факт, что при расстройствах эмоций болезненно изменяются и интимно связанные с ними чувственный (ощущенческий) и когнитивный компоненты, что проявляется в виде негативно окрашенных, сенсорно структурированных образных телесных представлений, способных занимать доминирующее место в сознании. То есть происходит своеобразная проекция аффективных расстройств в сферу «соматопсихики».

Клинические наблюдения за лицами, перенесшими катастрофические стрессовые события, показали, что у пострадавших развивались длительные психические нарушения полиморфного характера с утратой обычной эмоциональности, навязчивыми и угнетающими воспоминаниями, повышенной возбудимостью и раздражительностью, повторяющимися ночными кошмарами и психосоматическими расстройствами (под которыми следует подразумевать как объективно выявляемые соматовегетативные дисфункции, так и функциональные соматические жалобы, не имеющие объективной соматической основы, т. е. соматоформные расстройства).

Данный синдром получил название «посттравматического

стрессового расстройства» (ПТСР) и выделен в современных классификациях в самостоятельную диагностическую категорию. Наиболее ярким клиническим проявлением ПТСР являются стойкие повторные переживания травмирующего события, которые обычно обозначают как «навязчивые реминисценции». Таким образом, комплекс навязчивых воспоминаний при ПТСР становится для пациента самостоятельным психотравмирующим фактором, поскольку заставляет человека вновь и вновь переживать катастрофическое событие с соответствующими эмоциональными и вегетативными проявлениями, что в конечном итоге приводит к развитию аффективных и вегетативных расстройств и повышает уязвимость личности для дополнительных психогенных воздействий. Патогенетическая схема развития ПТСР приведена на рис. 2.

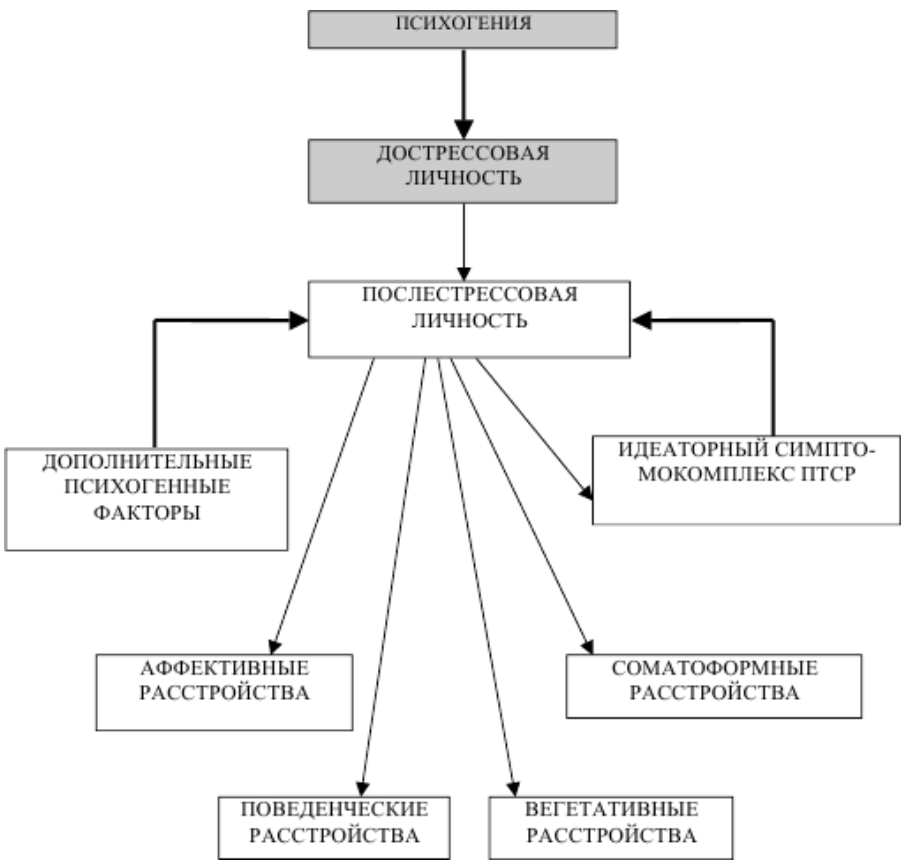

Рис. 2. Патогенетическая схема развития ПТСР

Как также указывают Каплан и Сэдок, повторные навязчивые воспоминания, помимо образов, мыслей и аффективных

состояний, включают и ощущения, которые воссоздают патологические телесные перцепции, пережитые пациентом в перенесенной им стрессовой ситуации. Феноменологически реминисценции при ПТСР приближаются к эйдетическим (наглядным) образам памяти, которые, в свою очередь, представляют собой образования, промежуточные между представлениями и восприятиями.

Проявления эйдетизма возможны в сфере любых сенсорных анализаторов, хотя они наиболее изучены в области зрения. В то же время в сфере наиболее элементарных чувств, в частности, в сфере интеро– и проприоцептивных ощущений, эйдетические переживания не только возможны, но и представляют собой единственную форму воспроизведения пережитых в прошлом сильных, отрицательно аффективно окрашенных ощущений. Следовательно, спонтанно возникающие, яркие чувственные (эйдетические) представления, тесно связанные с аффективной памятью, можно считать одним из механизмов образования соматоформной симптоматики наряду с другими механизмами: конверсионным, проекцией тревожно-депрессивных расстройств в сферу «соматопсихики» и ипохондрической фиксацией (гиперцептивным). Все четыре указанных механизма могут тесно переплетаться между собой в конкретных клинических наблюдениях. Так, согласно результатам наших исследований (была исследована большая группа лиц, находившихся в условиях длительной психотравмирующей ситуации, преимущественно в судебно-психиатрическом стационаре), наибольшая интенсивность соматических жалоб отмечалась в тех случаях, когда навязчивые реминисценции и тревожные руминации, тематически связанные с правонарушением и актуальной судебно-следственной ситуацией и феноменологически близкие к клинической картине ПТСР, сочетались с очерченными аффективными расстройствами. В то же время имелся ряд наблюдений, когда у пациентов с выраженными соматоформными симптомами отмечались незначительные аффективные нарушения при отсутствии конверсионных и ипохондрических механизмов и решающую роль в формировании имевшейся соматоформной симптоматики играли именно эйдетические чувственные представления, непосредственно спаянные с аффективно-идеаторными комплексами навязчивых воспоминаний.

Таким образом, мы рассмотрели, точнее, обозначили основные медико-психологические аспекты психосоматических отношений. Разумеется, психические и соматические процессы и расстройства далеко не всегда оказывают очевидное влияние друг

на друга и можно найти множество примеров, когда у одного человека соматические и психические заболевания сосуществуют, развиваясь каждое по своим биологическим закономерностям – например, язвенная болезнь желудка и шизофрения. Позволю себе высказать предположение, что наука в настоящее время находится лишь на пороге познания в области психосоматики. Как отмечает Шибутани, «рост научного знания есть накапливаемое движение, начинающееся со здравого смысла и становящееся все более достоверным по мере прогрессирующего освобождения от ошибок». Очевидно, что суждением здравого смысла в отношении психосоматических связей может являться идея о неотделимости здоровья тела от здоровья души. Этот тезис настолько очевиден, что высказывался еще в античные времена, в частности, в сочинениях Платона, однако и сейчас данное положение остается едва ли не единственной аксиомой психосоматической медицины.

Рекомендуемая литература

Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М., 2002.

Березин Ф.И. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л., 1988.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999.

Василюк Ф.Е. Психология переживания. – М., 1984.

Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб., 1999.

Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. – М., 1999.

Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. – М., 1996.

Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. – М., 1977.

Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб., 2000.

Международная классификация психических и поведенческих расстройств (10-й пересмотр). – СПб., 1994.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987.

Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях / Под ред. М.М. Кабанова. – Л., 1990.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб., 2000.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М., 2002.
Якубик А. Истерия. – М., 1982.

З.И. Кекелидзе,
профессор, доктор медицинских наук

Введение в психиатрию чрезвычайных ситуаций

В процессе развития цивилизации чрезвычайные ситуации (ЧС)[4] всегда привлекали пристальное внимание людей. Это не только обусловливалось необходимостью оказания медицинской помощи пострадавшим, но и вынуждало изменить (и порой радикально) технико-экономические и социальные параметры развития общества.

Изначально под ЧС понимали лишь природные катастрофы – землетрясения, наводнения, смерчи, сход лавин, ураганы и т. д. Позднее к ним стали относить катастрофы, связанные с деятельностью человека, – так называемые антропогенные ЧС. Помимо этого, начали выделять «смешанные чрезвычайные ситуации» – те природные ЧС, в возникновении которых деятельность человека имеет решающее значение или играет роль пускового механизма.

В последнее время к чрезвычайным стали относить и ситуации, связанные со сменой социально-политического устройства общества. В результате этих ЧС появились многочисленные группы людей, для которых сама новая социально-экономическая и политическая ситуация является стрессором.

Необходимо подчеркнуть, что чрезвычайная ситуация как с социальной, так и биологической точек зрения представляет собой нарушение стабильности, целостности системы – индивида (биологического объекта), макро– и микросоциальной среды.

Станет то или иное событие чрезвычайной ситуацией и насколько тяжелыми будут его последствия, зависит от многих факторов.

Наиболее важным из них считается сила стрессора. Значительная роль в реагировании личности на ЧС принадлежит генетической предрасположенности. К факторам, влияющим на способность противостоять стрессу, относят и возраст. Известно, что лишь незначительная часть детей (10 %) имеет низкий уровень реактивности ЦНС, в то время как остальные, наоборот, отличаются высокой реактивностью. На возникновение психических расстройств влияет также преморбид.

Особую роль играет и предыдущая травматизация. Полагают,

что лица, которые ранее пережили стрессовую ситуацию, склонны давать более длительную травматическую реакцию на повторную травму. Вместе с тем известно, что у некоторых американских ветеранов вьетнамской войны, которые в детстве подвергались различным стрессовым воздействиям, реже развивалось посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Эти лица, как считает ван дер Колк, с детства не доверяют никому и ни с кем не вступают в тесный контакт. Они как бы уже «привиты», путем избегания связей, которые их могут ранить.

Важную роль играет и предварительная оценка личностью той или иной ЧС. *Например, многие считают, что землетрясение по своим последствиям является более грозным событием («от него невозможно убежать»), чем наводнение, равно как полет на самолете считается более опасным, чем поездка на автомашине, хотя вероятность попасть в автокатастрофу намного выше.*

Имеет также значение, относится ли данное ЧС к природным или к антропогенным явлениям. *Катастрофические последствия природных ЧС расцениваются (объясняются) жертвами как Божья воля, и если у них возникает чувство собственной вины в связи с происшедшим, то она чаще всего относится к непринятию мер предосторожности. При антропогенных же ЧС у жертв иногда появляются чувство ярости и агрессивность, которые могут быть адресованы тем, кого они считают виновниками ЧС. Следует также учесть, что иногда агрессия может быть направлена и на лиц, оказывающих жертвам помощь (на спасателей). Вместе с тем надо отметить, что, по некоторым религиозным воззрениям, антропогенные чрезвычайные ситуации также толкуются как ниспосланные свыше – в этих случаях пострадавшие не проявляют агрессии к спасателям и другим лицам, оказывающим помощь.*

Важное значение имеет время года, в которое происходит то или иное чрезвычайное событие. *Как известно, такие природные чрезвычайные ситуации, как сели и наводнения, наиболее часто случаются весной, а сходы снежных лавин чаще наблюдаются в зимнее время.*

Играет также роль и день недели, в который возникает ЧС, – *известно, что меньше всего люди перемещаются в среду, в то время как к концу недели многие горожане предпочитают выезжать за город.*

Существенно также, в какое время суток случается та или иная ЧС. *Например, если землетрясение происходит в ночное время, то количество жертв бывает несоизмеримо больше, чем в дневное время, когда люди бодрствуют и большинство из них находятся вне помещений.*

Следует учитывать также и скученность населения в

эпицентре ЧС. Большая скученность не только увеличивает число жертв, но и способствует возникновению паники, появлению значительного количества вторичных жертв.

Станет ли реальная ЧС стрессогенным фактором (стрессором), зависит и от многих других причин. С этой точки зрения большое значение имеет фактор внезапности или ожидаемости ЧС.

При внезапной ЧС, как правило, многие люди оказываются неготовыми к проведению необходимых контрмер, что ведет к большим потерям. И наоборот, ожидаемость развития ЧС дает возможность свести людские потери и материальный ущерб к минимуму. Например, заблаговременная подготовка к возможному наводнению, как правило, позволяет избежать гибели людей и развития психических расстройств у населения, находящегося в эпицентре ЧС.

Определенную роль в развитии таких психических расстройств играет также прогностическая оценка грядущих событий.

В большинстве случаев люди правильно оценивают потенциальную угрозу развития ЧС, предпринимают необходимые меры собственной безопасности и безопасности своих близких. Они по мере возможности стараются сохранить движимое и недвижимое имущество. Эта категория людей, как правило, настроена на сотрудничество со структурами, которые осуществляют мониторинг за развитием ЧС, они внимательно следят за развитием событий, объективно оценивают их и при необходимости готовы к эвакуации.

В части случаев имеет место недооценка угрозы возникновения ЧС, причем это не связано с отсутствием необходимой информации. Иногда это зависит от субъективного обесценивания полученной информации (предлог – недостоверность источника).

В других случаях имеющиеся сведения расцениваются как дезинформация, целью которой является завладение имуществом пострадавших или ухудшение их социально-экономического положения.

Несколько реже бывают случаи, когда человек не сомневается в достоверности полученной информации, однако он не сопоставляет ее с реальной ситуацией, не делает соответствующих выводов и не предпринимает необходимых действий.

И наконец, есть такая категория людей, которые, несмотря на то что хорошо осведомлены о надвигающейся ЧС, недооценивают степень ее опасности. Эти люди принятие необходимых мер

безопасности откладывают «на потом», и их основным девизом в период ожидания чрезвычайной ситуации являются слова: «Еще не такое переживали, прорвемся».

Может также иметь место чрезмерное преувеличение опасности надвигающейся ЧС. Такой тип реагирования, как правило, сочетается с мыслью о том, что последствия чрезвычайной ситуации фатальны, катастрофичны и никакие активные действия личности или окружающей ее микросоциальной среды не смогут устранить или уменьшить последствия ЧС. Их основной девиз еще до разворачивания ЧС можно выразить так: «Все пропало, все погибнут».

Часть индивидов с таким типом реагирования очень быстро принимают решение о необходимости «уехать». Эти лица зачастую даже не представляют себе конечного пункта своего маршрута, они иногда мало осведомлены о новом месте своего пребывания (не только о его социальной инфраструктуре, но и о степени безопасности жизнедеятельности), и тем не менее они нередко оставляют практически без присмотра свое хозяйство, спешно покидают место предполагаемой ЧС.

Другая часть представителей данной группы остается на месте. Они стараются быть в центре событий, узнавать все, что касается развития возможной ЧС. Однако из получаемой информации «выуживают» только ту, которая подтверждает их наихудшие опасения, тем не менее никаких активных действий, направленных на сохранение своей собственной жизни и жизни своих родственников, не предпринимают.

Они также ничего не делают для того, чтобы защитить свое имущество (как показывает практика, именно представители этой группы наиболее легко поддаются панике и являются невольными распространителями тревожных слухов и опасений).

На развитие психических отклонений после начала ЧС оказывает влияние оценка личностью своего прогноза ситуации и совпадение его с реальной действительностью. Следует подчеркнуть, что совпадение прогнозов с действительностью (даже если они неутешительные) вселяет уверенность, а несовпадение порождает внутреннюю неуверенность и страх перед будущим.

Любая ЧС, помимо того, что нарушает повседневное привычное течение жизни, может привести к изменению роли личности (ее социальной значимости) в окружающей микросоциальной среде (потеря кормильца, ухудшение материального положения и т. д.).

С социальной точки зрения различают следующие виды ЧС:

1. ЧС не приводит к ощутимым потерям (имеет место

реальная угроза физической целостности личности и ее близких – например, автомобильная авария). В этих случаях угроза гибели исчезает по окончании ЧС и вероятность ее повторения ничтожно мала.

2. ЧС не приносит ощутимых потерь, но имеется угроза ее повторения (повторные землетрясения).

3. ЧС возникла, но она не разрешилась и может продолжаться неопределенное время (захват заложников) – так называемый континуальный стресс.

4. ЧС, во время которой индивид остался жив, но погиб близкий человек и/или нанесен значительный материальный ущерб, и социальное положение личности остается неопределенным.

Следует особо подчеркнуть, что первостепенную роль в возникновении психических расстройств играет не сама чрезвычайная ситуация (степень реальной угрозы), а то обстоятельство, как личность воспринимает эту ситуацию.

Иногда личность субъективно воспринимает как чрезвычайную ту ситуацию, которая на самом деле не является таковой (незначительная качка на море или «болтанка» во время полета), но, несмотря на это, она оказывает на организм исключительно сильное воздействие.

Острая реакция на стресс

Прежде чем говорить о психических расстройствах, вызванных чрезвычайными ситуациями, необходимо сказать следующее. Как правило, на возникновение той или иной ситуации (которая уже знакома или была в той или иной степени прогнозируема) человек отвечает цельной реакцией – последовательными поступками, формирующимися в конечном итоге в поведение индивида. Эта цельная реакция представляет собой сложное сочетание филогенетических и онтогенетических паттернов, которые зиждутся на инстинкте самосохранения, инстинкте размножения, психических и физических личностных особенностях индивида, представлении личности о собственном (желаемом и реальном) стандарте поведения, представлениях микросоциальной среды о стандартах поведения индивида в той или иной ситуации и устоях общества (макросоциума).

При событии, которое угрожает жизни, незамедлительная реакция индивида в первую очередь определяется инстинктами (сохранения, продолжения рода) и особенностями личности (психическими и физическими). А такие факторы, как

представления личности о своем реальном и желаемом стандарте поведения при ЧС, представления микросоциальной среды о стандартах поведения личности в ЧС и устои макросоциума, начинают определять поведение индивида на более поздних этапах реагирования на ЧС.

Психические расстройства, которые наиболее часто возникают сразу же после ЧС, по Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) носят название «Острой реакции на стресс» (ОРС). Она может проявляться в двух видах.

Чаще всего это острое психомоторное возбуждение. Внешне оно проявляется быстрыми, лишними, порой нецеленаправленными движениями. Мимика и жесты становятся чрезмерно живыми. Имеет место сужение объема внимания, проявляющееся затруднением удержания в кругу произвольной целенаправленной деятельности большого числа представлений и способности оперировать ими. Обнаруживается также затруднение концентрации (избирательности) внимания – больные очень легко отвлекаются и не могут не обращать внимания на различные (в особенности звуковые) помехи, с трудом воспринимают объяснения. Помимо этого, имеют место затруднения воспроизведения информации, полученной в постстрессовый период, что скорее всего связано с нарушением кратковременной памяти (в частности, с нарушением промежуточной буферной памяти).

Темп речи ускоряется, голос становится громким и маломодулированным, создается впечатление, что пострадавшие постоянно говорят на повышенных тонах. Часто повторяются одни и те же фразы, иногда речь начинает носить характер монолога. Суждения поверхностны, а порой лишены смысловой нагрузки.

Пострадавшим с острым психомоторным возбуждением тяжело находиться в одном положении, они то лежат, то встают, то бесцельно передвигаются с места на место. Отмечаются также тахикардия и повышение артериального давления, причем повышение давления не сопровождается субъективным ощущением ухудшения состояния или головными болями. Часто имеют место гиперемия лица, чрезмерная потливость, иногда появляются чувства жажды и голода, одновременно с этим – полиурия и учащение дефекации жидким стулом.

Крайним выражением данного варианта является ситуация, когда человек стремительно покидает место происшествия, без учета создавшегося положения.

Описаны случаи, когда во время землетрясения люди выпрыгивали из окон верхних этажей зданий и разбивались насмерть, когда родители (отцы) в первую очередь спасали себя,

забывая о собственных детях. Однако эти действия не являются преднамеренными, а обусловлены инстинктом самосохранения.

При второй разновидности ОРС происходит резкое замедление психических и моторных процессов организма. Одновременно с этим имеют место дереализационные расстройства, проявляющиеся в ощущении отчуждения реального мира. Окружающие предметы начинают восприниматься как измененные, неестественные, а в тяжелых случаях – как нереальные, «не живые». Происходит также и изменение восприятия звуковых сигналов – голоса людей и другие звуки воспринимаются как лишенные своей индивидуальности, специфичности, «сочности».

В части случаев возникают также метаморфопсии – изменение пространственных отношений между различными окружающими предметами (предметы, находящиеся на близком расстоянии, воспринимаются неестественно большими, чем они есть на самом деле).

Обычно эти лица подолгу остаются в одной и той же позе (после землетрясения они сидят у своего разрушенного жилища и ни на что не реагируют). Иногда внимание этих людей всецело поглощается ненужными или совершенно непригодными для использования вещами – т. е. имеет место гиперпрозексия, которая внешне проявляется рассеянностью и кажущимся игнорированием важных наружных стимулов.

Они не ищут помощи, при беседе активно жалоб не высказывают. Говорят тихим, маломодулированным голосом. Артериальное давление редко бывает повышенным, притуплено чувство жажды и голода, а внешне производят впечатление опустошенных, эмоционально выхолощенных людей.

В наиболее выраженных случаях развивается так называемый психогенный ступор – человек лежит с закрытыми глазами, не реагирует на окружающее. Все реакции организма замедлены, зрачок вяло реагирует на свет. Дыхание урежается, становится бесшумным, неглубоким. Организм как бы старается максимально оградить себя от реальной действительности.

Во время острой реакции на стресс поведение в первую очередь определяется основным инстинктом – инстинктом самосохранения, а у женщин в части случаев на первый план выступает инстинкт продолжения рода (они в первую очередь стремятся спасти своих беспомощных детей).

Необходимо отметить, что некоторые люди сразу же после того, как пережили угрозу собственной безопасности или безопасности своих близких, в части случаев начинают поглощать большое количество пищи и воды. Отмечается также учащение

физиологических потребностей (мочеиспускание, дефекация). При этом исчезает потребность в интимности (уединении) при совершении физиологических актов. Помимо этого, сразу же после ЧС в части случаев (в так называемой фазе изоляции, о которой речь пойдет ниже) во взаимоотношениях между пострадавшими начинает действовать «право сильного». То есть сразу же после ЧС начинается депривация морали микросоциальной среды.

Переходный период

Как показывает практика, после завершения (редукции) острой реакции на стресс (когда реальная угроза исчезает) наступает так называемый переходный период, течение и длительность которого зависят от типа перенесенной чрезвычайной ситуации.

Переходный период при ЧС, в которой угроза гибели исчезает по миновании ЧС и вероятность ее повторения ничтожна мала, длится всего несколько дней. В это время имеет место нарушение сна в виде ухудшения засыпания, частых ночных пробуждений и ранних пробуждений.

Выявляется изменение пищевого поведения, проявляющееся в увеличении объема потребляемой пищи и уменьшении ее избирательности. Меняется вес тела (чаще снижается). Обнаруживаются учащение пульса, повышение артериального давления и увеличение частоты дыхания (не связанное с увеличением физической нагрузки). Имеет также место не замечаемое субъективно внутреннее эмоциональное напряжение. Отмечаются также несвойственные личности ранее нерешительность и стремление перекладывать принятие ответственных решений на других лиц. В целом наблюдается некоторое снижение общего функционирования личности.

Необходимо отметить, что человек практически не высказывает никаких жалоб и за помощью не обращается (исключение составляют лишь те случаи, когда обостряется имевшееся ранее соматическое заболевание). В переходном периоде также не выработано отношение личности к имевшей место ЧС (случайность, закономерность, это должно было случиться или знак свыше).

При ЧС, которая не приносит ощутимых потерь, но при которой имеется угроза ее повторения (повторные землетрясения), в переходном периоде также возникают нарушения сна в виде ухудшения засыпания, частых ночных

пробуждений и ранних пробуждений, помимо этого, сон становится поверхностным (постоянная внутренняя готовность к повторению ЧС). Наблюдается изменение пищевого поведения, проявляющееся в увеличении объема потребляемой пищи и уменьшении ее избирательности. Меняется вес тела (чаще снижается). Так же, как и в предыдущей группе, обнаруживаются учащение пульса, повышение артериального давления и увеличение частоты дыхания (не связанное с увеличением физической нагрузки).

Следует отметить, что при данном варианте ЧС отношение к вероятности ее повторения (как и вообще к вероятности возникновения ЧС, о чем говорилось выше) различные индивиды относятся по-разному.

Одна из основных целей личности в переходном периоде в данной группе – получать достоверную информацию о вероятности повторения ЧС. В связи с этим часть пострадавших обращается к гадалкам и прорицателям, в то время как другие с большим доверием относятся к официальным заявлениям властей. Помимо этого, некоторые индивиды стремятся находиться около лиц, которые, по их мнению, могут оказать помощь при повторной ЧС. Другие (те, которые считают, что выжить при повторной ЧС легче в одиночку, помогая самому себе) стремятся к уединению.

Некоторые индивиды начинают более охотно, чем раньше, участвовать в общественных мероприятиях, направленных на снижение эмоционального напряжения (например, служба в церкви).

В части случаев на первый план выступает (в связи с реальным обострением больших и малых психосоматозов) озабоченность собственным здоровьем. Как отмечают некоторые пострадавшие, в этих случаях происходит фиксация на «болевых или других неприятных ощущениях в теле», в связи с чем мысли о вероятности повторения ЧС воспринимаются как менее значительная угроза.

Часть пострадавших при угрозе вероятности повторения ЧС начинают запасаться продуктами и другими предметами первой необходимости (мука, соль, спички, горюче-смазочные материалы).

Необходимо отметить, что высокий уровень тревожного ожидания повторения ЧС обычно длится не более 5–7 суток, после чего, как правило, происходит снижение уровня тревоги. Как отмечают многие, «устали бояться, будь что будет».

В целом следует сказать, что поведение большинства людей в этот период направлено на минимизацию угрозы собственной

жизни и жизни своих близких, это выражается в изменении собственного стиля поведения и нахождении новых форм общественного противостояния, что в итоге ведет к примитивизации жизненного уклада. Иными словами, в переходный период, когда вероятность возникновения повторных ЧС весьма велика, имеет место максимальное социальное «съеживание» микросоциальной среды эпицентра ЧС.

При ЧС, которая возникла, но не разрешилась и может продолжаться неопределенное время, по существу имеет место континуальный стресс. Примером может служить захват заложников, когда угроза неминуемой гибели в последующем не исчезает, а лишь меняется ее характер и реализация угрозы может наступить в любой момент. Вместе с тем возможности индивида избежать этой участи в силу создавшейся ситуации ограничены.

Очевидно, в данной группе следует говорить не только о силе стрессора, но и его длительности. Последнее, в свою очередь, предполагает выработку определенного модуса поведения в условиях континуального стресса. Модус поведения индивида, если в ситуации континуального стресса он оказался один (при «малоценности человеческой жизни»), определяется такими факторами, как инстинкт самосохранения, физические и психические особенности личности, условия жизни (содержания).

Если в ситуации континуального стресса оказываются несколько человек, то на модус поведения, помимо вышеперечисленных факторов, начинают оказывать влияние и такие факторы, как представление микросоциума о стандартах поведения личности вне чрезвычайной ситуации, о поведении других лиц, оказавшихся в ситуации континуального стресса.

На поведение индивида при континуальном стрессе влияет также и то обстоятельство, в каких взаимоотношениях находятся лица, оказавшиеся в чрезвычайной ситуации и какую группу они представляют – условную или реальную, лабораторную или естественную, большую (стихийные, устойчивые) или малую (становящиеся, развитые).

Особый отпечаток на выработку модуса поведения индивида при континуальном стрессе накладывает профессия. С одной стороны, принадлежность к определенным профессиям (сотрудники правоохранительных органов, медицинских учреждений) предполагает модус поведения, направленный на оказание помощи потерпевшим, раненым и больным (хотя ситуация континуального стресса зачастую не позволяет представителям этих профессий – врачам, милиционерам – выполнять свой профессиональный долг). С другой стороны, эти

лица сами вынуждены принимать меры собственной безопасности.

Таким образом, во время континуального стресса вырабатывается определенный модус поведения, который является результирующей реакцией совокупного воздействия многих факторов (не всегда защитных), оказывающих влияние на организм человека.

Переходный период в данной группе наступает после разрешения ЧС и возвращения в микросоциальную среду с привычными иерархическими ценностями (в том числе и ценности человеческой жизни).

Сразу же после разрешения ЧС пострадавшие, несмотря на чувство недомогания и разбитости, жалоб на свое здоровье (как на физическое, так и психическое) не высказывают. Даже при наличии серьезных соматических расстройств практически все пострадавшие отказываются не только от госпитализации, но и регулярной амбулаторной помощи и всеми силами стремятся «попасть домой» (в привычную обстановку). Переходный период в зависимости от тяжести и длительности континуального стресса может длиться от 15 до 30 дней. В течение этого периода происходит сопоставление модуса своего поведения во время ЧС со своими представлениями об одобряемом поведении и с установками микросоциальной среды (иными словами, имеет место внутренняя ревизия периода континуального стресса). В последующем в части случаев происходит формирование посттравматического стрессового расстройства.

Переходный период после ЧС, во время которой индивид остался жив, но погиб близкий человек и/или ему нанесен значительный материальный ущерб (и социальное положение личности остается неопределенным), характеризуется повышением порога восприятия, затруднением осмысления происшедшего, чувством внутреннего напряжения и ощущением тяжести на душе.

Имеют место нарушения сна (затруднение засыпания, частые ночные просыпания и ранние просыпания в тревоге) и ухудшение аппетита. Жалобы на собственное здоровье отсутствуют, хотя зачастую отмечаются повышение артериального давления (как систолического, так и диастолического), тахикардия, тяжесть в области затылка, чувство нехватки воздуха.

В этот период пострадавшие обычно заняты решением ряда юридических вопросов, связанных с гибелью родственников (в первую очередь опознание трупа или останков) и проведением похорон. Как показывает практика, в этот же период выдаются ордера на новое жилье, производится выплата компенсаций,

устанавливаются различные льготы семьям погибших и т. д. В подавляющем большинстве случаев при потере близких родственников человек не остается один, окружающие оказывают посильную моральную поддержку и физическую помощь. Тем не менее от него требуются концентрация внимания и принятие определенных решений, связанных с проведением погребальных ритуалов (отпевание, похороны, поминки). Как указывают пострадавшие, эти дела на некоторое время отвлекают от мыслей о ЧС и той тяжелой утраты, которая их постигла. Тем самым эти проблемы возвращают их к реальной действительности и способствуют постепенному осознанию новых реалий.

Следует также отметить, что существующие в различных культурах ритуалы сочувствия в скорби являются не только выражением уважения, материальной и моральной поддержки, но и представляют собой своеобразные культуральные психотерапевтические мероприятия типа дебрифинга, направленные на вентиляцию эмоций и приносящие определенное облегчение пострадавшим (совместное оплакивание, неоднократное пересказывание случившегося, воспоминание событий, в которых принимали участие усопшие, произнесение прощальных речей, поминки и т. д.).

Особую роль в ритуале погребения играет религиозная составляющая. Например, отпевание представляет собой заботу о душах усопших, а беседа со служителями церкви дает представление о загробной жизни, вселяет уверенность, надежду и являет собой накопленный веками опыт, как справиться с утратой и «жить в мире живых».

Переходный период в данной группе длится не более 6–7 недель. В последующем в части случаев развивается посттравматическое стрессовое расстройство.

Посттравматическое стрессовое расстройство

После переходного периода у части лиц, перенесших острую реакцию на стресс, развивается посттравматическое стрессовое расстройство.

В настоящее время полагают, что иногда ПТСР возникает после острой реакции на стресс. Однако ПТСР может развиваться и у лиц, которые после ЧС не обнаруживали никаких психических расстройств (в этих случаях ПТСР рассматривается как отставленная реакция на происшедшее событие). Несколько реже ПТСР возникает у лиц вслед за повторной незначительной психической травмой.

Прежде чем перейти к обсуждению расстройств, возникающих при ПТСР, следует сказать, что после ЧС у пострадавших формируется мнение о «малозащищенности (малоценности) человеческой жизни и ее благополучия».

Для ПТСР в первую очередь характерно обострение инстинкта самосохранения, при котором имеет место увеличение и сохранение постоянно повышенного внутреннего психоэмоционального напряжения (возбуждения). Его целью является поддержание постоянно функционирующего механизма сличения (фильтрации) поступающих наружных стимулов со стимулами, которые запечатлелись в сознании как признаки ЧС.

Повышенное внутреннее психоэмоциональное напряжение проявляется в сверхвигильности (чрезмерной бдительности). Отмечаются чрезмерная концентрация внимания (гиперпрозексия) и возрастание устойчивости (помехоустойчивости) внимания к объектам и ситуациям, которые индивид расценивает как угрожающие. Одновременно обнаруживаются затруднение концентрации внимания на других объектах и рассеянность. Имеет также место сужение объема внимания (снижение способности удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности большого числа представлений и затруднения свободно ими оперировать). Следует также отметить, что чрезмерное повышение внимания к внешним раздражителям (структуре внешнего поля) происходит за счет редукции внимания к структуре внутреннего поля субъекта и затруднений переключения внимания.

Одним из значимых проявлений ПТСР являются расстройства, которые субъективно воспринимаются как разнообразные нарушения памяти (затруднения запоминания, удерживания в памяти той или иной информации и воспроизведения). Эти расстройства на самом деле не связаны с истинными нарушениями различных функций памяти, а вызваны в первую очередь затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию и угрозе повторного ее возникновения. Вместе с тем пострадавшие не могут вспомнить важные аспекты травматического события, что обусловлено нарушениями, имевшими место в стадии острой реакции на стресс.

Постоянно повышенное внутреннее психоэмоцинальное напряжение (возбуждение) поддерживает также и постоянную готовность индивида реагировать не только на реальную ЧС, но даже на проявления, которые в той или иной степени схожи с травматическим событием. Клинически это выражается в чрезмерной реакции испуга (пугливости). Помимо этого, события,

которые символизируют имевшее место ЧС и/или напоминают о нем (посещение могилы усопшего на 9-й и 40-й дни после гибели и др.), вызывают субъективное ухудшение состояния, а при возникновении ситуации, которая в той или иной мере похожа на травматическое событие, индивид в большинстве случаев реагирует выраженной вазовегетативной реакцией (тахикардия, повышение артериального давления, выраженная потливость и т. д.).

Одновременно с вышеперечисленными расстройствами имеют также место непроизвольные (без чувства сделанности) воспоминания о наиболее ярких событиях, связанных с ЧС. В большинстве случаев эти воспоминания неприятны, тем не менее некоторые лица сами (усилием воли) «вызывают воспоминания о чрезвычайной ситуации», что, по их мнению, помогает пережить ее, и события, связанные с ней, становятся менее страшными (более обыденными).

У некоторых лиц с ПТСР временами могут возникать так называемые флешбеки – непроизвольные, очень яркие, живые представления о психотравмирующей ситуации. Иногда их трудно отличить от реальной действительности (эти состояния близки к синдромам помрачения сознания), и личность в момент переживания флешбека может проявить агрессию.

При ПТСР практически всегда выявляются нарушения сна. Затруднение засыпания, как отмечают пострадавшие, связано с наплывом неприятных воспоминаний о ЧС. Имеют также место частые ночные просыпания и ранние просыпания с чувством необоснованной тревоги («наверное, что-то случилось»). Отмечаются также сновидения, непосредственно отражающие травматическое событие (иногда сновидения бывают настолько яркими и неприятными, что пострадавшие предпочитают не засыпать и дожидаться утра, «чтобы уснуть спокойно»).

У лиц с ПТСР имеют также место аффективные нарушения. В большинстве случаев преобладают пониженное настроение (субдепрессивный регистр), которое субъективно воспринимается как постоянное недовольство собой (и/или окружающей ситуацией), и с трудом сдерживаемая раздражительность.

Состояние постоянного внутреннего напряжения, в котором находится личность (в связи с обострением инстинкта самосохранения), затрудняет модуляцию аффекта – иногда пострадавшие не могут сдержать вспышки гнева даже по незначительному поводу. Хотя здесь же следует отметить, что вспышки гнева могут быть связаны (возможно, частично) с другими имеющими место расстройствами – такими, как затруднение (неспособность) адекватного восприятия

эмоционального настроя и жестов окружающих. У пострадавших также наблюдается алекситимия (неспособность переводить в вербальный план переживаемые им самим и другими лицами эмоции). Пострадавшие также затрудняются понять и выразить такие эмоциональные полутона, как вежливый, мягкий отказ, настороженная благожелательность и т. д.

Одновременно с этим у лиц, страдающих ПТСР, имеют место эмоциональное безразличие, вялость, апатия, пропадает интерес к окружающей действительности, исчезает желание получать удовольствие (ангедония), стремление к узнаванию нового, неизведанного, а также снижение интереса к значимой ранее активности. Они, как правило, неохотно говорят о своем будущем и чаще всего воспринимают его пессимистически, не видя никаких перспектив.

Пострадавших раздражают большие компании (исключение составляют лишь лица, перенесшие тот же стресс), они предпочитают оставаться одни, однако через некоторое время их начинает угнетать одиночество и они начинают высказывать недовольство своим близким, упрекая их в невнимательности и черствости; при этом у них возникает чувство отчужденности и отдаления от других лиц.

Особо следует остановиться на повышенной внушаемости пострадавших. Они легко поддаются уговорам попытать счастья в азартных играх, начинают посещать казино и залы игровых автоматов. В последующем в части случаев азартные игры захватывают настолько, что пострадавшие становятся «игроманами» и, пытаясь отыграться, нередко проигрывают все, вплоть до пособия, выделяемого властями на приобретение нового жилья.

Как было сказано ранее, при ПТСР индивид постоянно находится в состоянии внутреннего напряжения, что, в свою очередь, снижает порог утомляемости. Чрезмерная утомляемость наряду с другими расстройствами (снижение настроения, нарушение концентрации внимания, субъективное ухудшение памяти) в конечном итоге ведет к снижению работоспособности. В частности, при решении тех или иных задач пострадавшие затрудняются выделить главную из них, при получении очередного задания не могут уловить его основной смысл, стремятся принятие ответственных решений переложить на других и т. д.

Следует особо подчеркнуть, что в большинстве случаев пострадавшие осознают («чувствуют») свое профессиональное снижение и по тем или иным причинам отказываются от предлагаемой работы («не интересна, не соответствует моему

уровню и прежнему социальному положению, малооплачиваемая»), предпочитая получать лишь пособие по безработице, которое намного ниже, чем предлагаемая зарплата.

Обострение инстинкта самосохранения, помимо прочего, приводит к изменению повседневного поведения. Основу этих изменений, с одной стороны, составляют поведенческие акты, направленные на раннее распознавание ЧС, а с другой – меры предосторожности при возможном повторении травматической ситуации.

Меры предосторожности, которые предпринимаются личностью, определяются характером перенесенного стресса.

Лица, пережившие землетрясение, стремятся сидеть недалеко от двери или окна (чтобы при необходимости быстро покинуть помещение). Они часто смотрят на люстру или аквариум, чтобы определить, не начинается ли землетрясение, стараются сидеть на жестком стуле, так как мягкие сиденья смягчают толчок и тем самым затрудняют возможность уловить момент начала землетрясения.

Лица, перенесшие бомбардировки, войдя в помещение, сразу же зашторивают окна, осматривают комнату, заглядывают под кровать, стремясь определить, можно ли там спрятаться во время бомбежки.

Принимавшие участие в боевых действиях стремятся не садиться спиной к двери, а выбирают место, откуда можно наблюдать за всеми присутствующими.

Бывшие заложники, если они были захвачены на улице, стараются в одиночку не выходить на улицу и, наоборот, если захват произошел дома, – не оставаться одни в помещении.

У лиц, которые подверглись воздействию ЧС, может развиваться так называемая приобретенная беспомощность. В этом случае мысли пострадавших постоянно заняты тревожным ожиданием повторения ЧС, тех переживаний и того чувства беспомощности, которые они испытали. Это чувство беспомощности обычно затрудняет модуляцию глубины личностного вовлечения в контакт с окружающими. Различные звуки, запахи или ситуация могут легко стимулировать воспоминание событий, связанных с травмой, что и приводит к воспоминаниям о своей беспомощности.

Таким образом, у пострадавших при ЧС происходит снижение общего уровня функционирования личности. Однако в большинстве случаев они не воспринимают имеющиеся отклонения и жалобы как единое целое. Как правило, они полагают, что эти отклонения не выходят за пределы нормы и не требуют обращения к врачам. Более того, отклонения и жалобы

большинство пострадавших рассматривают как естественную реакцию на повседневную жизнь и не связывают со случившимся.

Весьма интересным представляется вопрос об оценке пострадавшими той роли, которую сыграла в их жизни ЧС. В подавляющем большинстве случаев (даже если никто из близких не пострадал, материальный ущерб полностью компенсирован, а жилищные условия стали лучше) пострадавшие полагают, что ЧС повлияла на их судьбу в худшую сторону («перечеркнула перспективы»). Одновременно с этим происходит идеализация прошлого (недооцененных способностей и упущенных возможностей). Причем в большинстве случаев при природных ЧС (землетрясение, сели, оползни) пострадавшие не ищут виновных («Божья воля»), в то время как при антропогенных катастрофах появляется стремление «найти и наказать виновных». Хотя если окружающие (в том числе и пострадавший) к «воле Всевышнего» относят «все, что происходит под луной», т. е. не только природные, но и антропогенные чрезвычайные ситуации, происходит постепенная дезактуализация стремления найти виновных.

Вместе с тем некоторые пострадавшие (даже если они получили увечья) указывают, что ЧС в их жизни сыграла положительную роль. Отмечают, что у них произошла переоценка ценностей, они стали «по-настоящему ценить жизнь человека». Свою жизнь после ЧС характеризуют как более открытую, в которой большое место занимает оказание помощи другим пострадавшим и больным. Кроме того, они часто подчеркивают, что после ЧС представители властей и микросоциальная среда проявили к ним заботу и оказали большую помощь, что и побудило их начать «общественную филантропическую деятельность».

Что касается динамики развития расстройств, то на первом этапе ПТСР личность погружается в мир переживаний, связанных с ЧС. Индивид как бы живет в мире, ситуации, измерении, которые имели место до ЧС. Он словно старается вернуть прошлую жизнь («вернуть все как было»), пытается разобраться в случившемся, ищет виновных и стремится определить степень своей вины в происшедшем. Однако если индивид пришел к выводу, что ЧС – «это воля Всевышнего», то в этих случаях не происходит формирования чувства вины.

Помимо психических расстройств, при ЧС имеют место и соматические отклонения. Как показывает опыт, примерно в половине случаев отмечается повышение как систолического, так и диастолического давления (на 20–40 мм рт. ст.). Отмечаемая гипертония сопровождается лишь учащением пульса и не

сопровождается ухудшением психического или физического состояния.

После ЧС нередко обостряются или диагностируются впервые заболевания, носящие название психосоматозов (больших и малых), – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистит, холангиит, колит, запоры, бронхиальная астма и др.

У женщин детородного возраста после ЧС довольно часто наблюдаются преждевременные менструации (реже задержка), при ранних сроках беременности могут иметь место выкидыши. Среди сексологических нарушений наиболее часто отмечается снижение либидо и эрекции. Помимо этого, пострадавшие жалуются на похолодание и чувство покалывания в области ладоней, стоп, пальцев рук и ног. Нередки также жалобы на чрезмерную потливость конечностей и ухудшение роста ногтей (расслаивание и ломкость), волос, имеет также место гнездная аллопеция.

Со временем, если личности удается «переварить» воздействие ЧС, воспоминания о стрессовой ситуации становятся менее актуальными, индивид старается активно избегать даже разговоров о пережитом, дабы «не будить тяжелых воспоминаний». В этих случаях на первый план иногда выступают раздражительность, конфликтность и даже агрессивность.

Описанные выше типы реагирования главным образом возникают при ЧС, когда имеет место физическая (механическая) угроза. Когда же наблюдается воздействие химического, радиационного или иного фактора, клиническая картина приобретает иной характер и ее проявления зависят не только от вида стрессора, но и от предварительной оценки личностью тяжести последствий воздействия травматического события.

Генерализованное тревожное расстройство

Другим расстройством, которое формируется после переходного периода, является генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – трудноуправляемое постоянное чувство тревоги, которое не связано с каким-либо конкретным событием из прошлого или будущего. Индивиды с ГТР выглядят напряженными, взгляд у них тревожный, голос с металлическим оттенком («колокольчик»), темп речи ускорен, во время беседы торопятся высказать свою мысль, часто повторяют одну и ту же фразу. В связи с затруднением концентрации внимания они не могут следить за мыслью собеседника, вникнуть в суть вопроса, и

это осложняет диалог с ними (не слышат собеседника). В связи с легкой психической утомляемостью лица с ГТР не способны к длительной, кропотливой интеллектуальной работе, мышление у них поверхностное, снижена глубина суждений, поэтому планы, которые они строят, лишены продуманности, реалистичности. Следует также отметить легкую отвлекаемость и внушаемость (наличие этих симптомов наряду со снижением критики и повышением тревоги приводит к тому, что индивиды с ГТР часто становятся жертвами различных лиц, за материальное вознаграждение снимающих порчу, венец безбрачия и т. д.). Индивиды с ГТР не способны к длительному психоэмоциональному напряжению, воспитание детей, регулярный контроль успеваемости они перекладывают на других членов семьи, так как в силу своей раздражительности и затруднения концентрации внимания не способны вникнуть в детские и подростковые проблемы. Эти лица также испытывают проблемы в поддержании с товарищами по работе ровных благожелательных отношений.

Имеет также место повышение мышечного напряжения – пострадавшие в положении сидя принимают характерную позу: кладут ногу на ногу и скрещивают руки, однако подолгу находиться в одном и том же положении они не могут. Иногда во время беседы вскакивают со стула, начинают ходить, отмечается тремор пальцев рук (часто вертят в руках различные предметы – «беспокойные пальцы»).

Индивиды с ГТР сами активно к врачам не обращаются, однако окружающим жалуются на ухудшение памяти, которое связывают с переутомлением. Характерными для пострадавших с ГТР являются нарушения сна – наряду с ухудшением засыпания, частыми ночными просыпаниями и ранними пробуждениями в тревоге они не могут вовремя лечь спать (не могут угомониться) и выискивают самые разнообразные поводы, чтобы лечь позднее. На самом деле они отправляются спать только тогда, когда астенические проявления начинают превалировать над тревожными расстройствами. Эти индивиды предпочитают засыпать при включенном свете и работающем телевизоре. Некоторые пострадавшие (женщины) перед сном «для снятия стресса принимают бокал красного вина, что помогает заснуть».

Пострадавшие также высказывают жалобы на ощущение сжимания и напряжения в области груди и эпигастрия. Нередко отмечаются тахикардия и тахиаритмия, больше связанные с эмоциональным напряжением, чем с физическими нагрузками. В части случаев выявляется тенденция к повышению артериального давления (как систолического, так и диастолического). Иногда у

лиц с ГТР отмечается усиление тревоги, которое сопровождается учащением дыхания (при отсутствии признаков дыхательной гипоксии). Иногда тахипноэ бывает настолько выраженным, что пострадавшие жалуются на невозможность продолжить беседу в связи с затруднением «перевести дух».

Пострадавшие отмечают также наличие неприятных (а порой болезненных) ощущений в мышцах конечностей, повышенную потливость ладоней и ухудшение роста ногтей (расслаивание и чрезмерная ломкость).

При ГТР нередки нарушения пищевого поведения, чаще всего это увеличение количества поглощаемой пищи во второй половине дня и в особенности в вечернее время. Реже наблюдается учащение приема пищи до 6–8 раз в сутки, а в интервалах между приемами пищи они «перекусывают сладостями» («заедают тревогу сладким»). Отмечается также учащение дефекации и мочеиспускания без увеличения количества выделяемой мочи.

Другие остро возникающие психогенные расстройства

Помимо острых реакций на стресс, которые, как правило, проходят в течение трех суток после ЧС, могут развиваться нарушения психотического уровня, носящие в отечественной литературе название реактивных психозов (истерические психозы, психогенные депрессии, психогенные мании, психогенные параноиды).

Как показывает практика, такие формы истерического психоза, как истерическое сумеречное помрачение сознания, псевдодеменция, пуэрилизм, синдром бредоподобных фантазий, синдром регресса личности, истерический ступор и истерическая амнезия, при ЧС наблюдаются крайне редко.

В течение первых нескольких дней после разворачивания ЧС (из ряда психогенных депрессивных расстройств) чаще всего развивается острая депрессивная реакция, при которой радикал тревоги и страха выражен весьма значительно. Характерной особенностью острой психогенной депрессивной реакции является не столько сожаление о прошлом и переживание о потере, сколько глубокое отчаяние и страх за будущее. Эти расстройства наиболее часто обнаруживаются у беженцев и вынужденных переселенцев, которые в силу угрозы собственной безопасности и безопасности своих близких были вынуждены в спешке покинуть родные места. Как правило, у этих людей наряду с большой личной ответственностью за своих близких

отсутствуют планы и даже надежда обустроить свою жизнь в будущем. О других депрессивных психогенных реакциях, которые возникают после ЧС, речь пойдет в главе, посвященной нарушениям приспособительных реакций.

При ЧС практически не встречаются подострые и затяжные психогенные параноиды. Что касается острых психогенных параноидов, то они обнаруживаются главным образом у лиц, подвергшихся воздействию континуального стресса (заложники, вынужденные переселенцы и беженцы).

Для острого психогенного параноида характерны элементарность, образность и эмоциональная насыщенность бреда. Основным аффектом психогенного параноида является выраженная тревога и страх за свою жизнь. Содержание бреда не только отражает психотравму, скорее в ситуации, которая в той или иной степени напоминает ЧС, в сознании больного происходит мысленное воспроизведение психотравмирующей ситуации и соответствующего эмоционального отношения к ней. Причем возникающие бредовые переживания полностью охватывают личность больного и определяют его поведение (например, когда пострадавший находится на улице и видит группу бородатых мужчин, у него возникает убеждение, что эти люди – боевики и они сейчас его вновь захватят в заложники, в связи с чем пострадавший стремится быстрее покинуть «опасное место»).

Важно отметить, что если ситуация перестает быть похожей на имевшую ранее место ЧС (т. е. происходит «деэмоционализация» актуальной ситуации), бредовые расстройства начинают дезактуализироваться, появляется чувство безопасности и поведение пострадавшего вновь начинает определяться реальной действительностью. Следует подчеркнуть, что дезактуализация бреда не означает полного восстановления критики, пострадавшие стараются избегать разговора о своих расстройствах. Помимо этого, судя по высказываниям и поведению лиц, перенесших острый параноид, у пострадавших сохраняется внутренняя готовность к психогенному бредообразованию.

Расстройство приспособительных реакций

Расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации) возникает вследствие существенных изменений в жизненном укладе, обусловленных ЧС (согласно DSM – IV-TR, расстройство адаптации может быть запущено (can be triggered)

стрессором различной тяжести и может вызвать ряд различных симптомов).

Расстройство приспособительных реакций (РПР), как правило, возникает после переходного периода и у большинства проявляется различным по длительности и структуре депрессивным синдромом.

В части случаев в рамках расстройства адаптации депрессивный синдром проявляется субъективным чувством сниженного настроения, безнадежности и бесперспективности.

Внешне пострадавшие выглядят старше своего возраста, отмечается ухудшение тургора кожи, раннее появление морщин и поседение волос. Сами они активно в беседу не вступают, с трудом поддерживают разговор, говорят тихим голосом, темп речи замедлен. Пострадавшие обращают внимание на то, что им трудно собраться с мыслями, любое начинание кажется невыполнимым, требуется волевое усилие, чтобы что-нибудь сделать. Отмечается также затруднение концентрации внимания на конкретном вопросе, трудно принять решение, а затем принятое решение воплотить в жизнь. Пострадавшие, как правило, осознают свою несостоятельность, однако стараются ее скрыть, придумывая разнообразные причины в оправдание своего бездействия.

Практически всегда наблюдается нарушение сна (затруднение засыпания, частые ночные просыпания, ранние просыпания в тревоге), с отсутствием чувства бодрости по утрам, вне зависимости от общей длительности сна. Иногда отмечаются также кошмарные сновидения. В течение дня настроение остается пониженным, по незначительному поводу на глаза легко наворачиваются слезы.

Имеют также место появляющиеся перед сменой погоды колебания артериального давления, несвойственные ранее приступы тахикардии, потливость, похолодание конечностей и чувство покалывания в ладонях. Отмечаются также отклонения в пищеварительной системе – снижение аппетита, чувство дискомфорта в области живота, запоры.

В части случаев у лиц с расстройством приспособительных реакций на первый план наряду с субъективно мало ощущаемым снижением настроения выступает ощущение тревоги.

Внешне пострадавшие выглядят напряженными во время беседы, как правило, сидят в «закрытой позе» – слегка наклонившись вперед, положив ногу на ногу и скрестив руки на груди. В беседу вступают неохотно, настороженно, вначале никаких жалоб не высказывают, однако после того, как беседа начинает касаться «актуальной темы», темп речи ускоряется, в

голосе появляется «металлический оттенок». Во время беседы с трудом следят за темой разговора, не могут дождаться, пока собеседник выскажет свое мнение, постоянно его перебивают. Ответы на вопросы часто носят поверхностный, непродуманный характер. Легко внушаемы и быстро поддаются переубеждению. За порученное дело берутся с большой ответственностью, однако в последующем, в связи с затруднением концентрации внимания, не могут отслеживать последовательность выполнения поручений, совершают грубые ошибки и в конце концов либо не доводят дело до конца, либо завершают его с большим опозданием.

Имеет также место и нарушение сна, однако в отличие от представителей предыдущей группы затруднение засыпания в первую очередь выражается в том, что перед сном в голову приходят разнообразные тревожные мысли, касающиеся значимых для пострадавшего вопросов. Здесь также чаще обнаруживается раннее просыпание в тревоге.

Со стороны сердечно-сосудистой системы (как и в предыдущей группе) отмечается повышение артериального давления (однако оно носит более стабильный характер и меньше зависит от смены метеоусловий). Выявляются также отклонения в пищеварительной системе в виде снижения аппетита, перемежающиеся появлением чувства голода и нередко сопровождающиеся поглощением большого количества пищи.

В части случаев у лиц с РПР на первый план наряду с субъективно ощущаемым снижением настроения выступает ощущение тревоги. Причем, как правило, в ранние утренние часы сразу же после пробуждения преобладает тревога, которая «не дает возможности залеживаться в постели». Затем в течение 1–2 часов тревога уменьшается, и в клинической картине заболевания начинает преобладать тоска.

На протяжении всего дня пострадавшие этой группы остаются малоактивными. Они по собственной инициативе за помощью не обращаются, во время беседы большей частью высказывают жалобы на сниженное настроение, апатию. На тревогу жалуются лишь при осмотре в вечернее время или в том случае, если на ее наличие обращает внимание врач.

Вечерами тревога опять нарастает, а ближе к полуночи постепенно снижается. Сами пострадавшие именно этот период времени – ближе к полуночи – считают «наиболее стабильным и продуктивным», когда нет ни ощущения тоски, ни ощущения тревоги. Сами пострадавшие осознают, что в этот период суток необходимо отдыхать, но тем не менее они начинают заниматься домашними делами или смотрят по телевизору «интересный

фильм» и ложатся спать только далеко за полночь.

В части случаев нарушение приспособительных реакций проявляется в изменении стиля жизни.

Иногда индивид подсознательно снимает с себя ответственность за благополучие и здоровье членов своей семьи. В части случаев личность полагает, что необходимо сменить место жительства. В связи с этим нередко индивид переезжает на новое место, где также не может приспособиться. Представители этой группы начинают злоупотреблять алкоголем, постепенно порывают связи с семьей и в конечном итоге примыкают к среде с более низкими социальными запросами и потребностями.

Иногда индивид, подсознательно снявший с себя ответственность за благополучие и здоровье членов своей семьи, примыкает к некоторым сектам. Как объясняют сами пострадавшие, «новые друзья помогают забыть старое горе».

В части случаев нарушение приспособительных реакций проявляется в пренебрежении общепринятыми нормами поведения. Существенно отметить, что зачастую речь идет не о том, что личность считает тот или иной неблаговидный поступок недопустимым, но «нужда заставляет так поступать», а о том, что личность неблаговидный поступок не считает недопустимым. То есть в данном случае речь идет о снижении индивидуальных моральных критериев личности.

Реакция горя

К расстройствам приспособительных реакций относится также и патологическая реакция горя, однако с дидактических позиций представляется целесообразным вначале изложить, как протекает связанная с утратой не осложненная реакция горя. *Реакция горя – эмоциональный и поведенческий ответ организма на невосполнимую утрату.*

Под словом «утрата» (потеря) изначально понимали личностный опыт, связанный с потерей близкого человека. Несколько позднее к утрате начали относить и развод или другой вид сепарации с любимым человеком. Помимо этого, к утрате относятся также ампутация той или иной части тела и потеря той или иной важной функции организма, обусловленные соматическим заболеванием[5].

Существуют и утраты иного типа, которые также могут спровоцировать реакцию горя, – потеря социального статуса, членства определенной группы, работы, жилья. Особое место среди утрат (преимущественно среди одиноких) занимает потеря

любимых домашних животных.

К утратам относится не только потеря любимого существа. Значимой утратой может оказаться и потеря идеалов или образа жизни индивида.

Следует сказать, что реакция горя является естественной реакцией на утрату. Согласно Вольф и Симоне, назначением (функцией) реакции горя является освобождение личности от связей с индивидом, которого уже нет.

Интенсивность реакции горя более выражена при внезапной утрате, чем при утрате постепенной. Важное значение в выраженности реакции горя имеет степень родства с погибшим. Как известно, в 75 % случаев семейные пары, которые потеряли детей, на определенное время перестают функционировать как единая семья и в последующем нередко распадаются. Среди семейных пар, которые потеряли детей, часты случаи возникновения депрессии, суицидальных попыток, алкоголизма и сексуальных проблем.

При гибели ребенка страдают не только родители – выжившие сиблинги чувствуют себя виноватыми в том, что остались живы, кроме того, они воспринимают горе родителей как подтверждение того, что погибших детей любили больше.

Внешнее выражение реакции горя (траур) во многом определяется культуральной принадлежностью. Этнокультуральные традиции (ритуалы) либо способствуют ослаблению реакции горя, либо запрещают ее показывать.

Реакцию горя условно подразделяют на три фазы. Первая фаза – фаза *протеста* – характеризуется отчаянной попыткой индивида восстановить отношения с усопшим. Это выражается в первой реакции типа «я не верю, что это случилось». Часть индивидов не может принять случившееся и продолжает себя вести так, как будто ничего не случилось. Иногда протест проявляется в субъективном ощущении притупления всех чувств (ничего не слышат, ничего не видят и ничего не чувствуют). Как указывают Вольф и Симоне, такое блокирование окружающей действительности в начале фазы протеста на самом деле представляет собой разновидность массивной защиты от восприятия потери.

В части случаев, зная, что индивид умер, близкие родственники стремятся вернуть усопшего нереалистическим путем – например, жена, обнимая тело умершего мужа, обращается к нему со словами: «Вернись, не покидай меня сейчас».

В фазе протеста часто наблюдаются рыдания и причитания, которые, с одной стороны, являются знаками протеста, а другой –

представляют собой попытку вернуть любимого человека.

В фазе протеста у индивидов нередко проявляются выраженная враждебность и гневливость, которые направлены на врачей. Помимо этого, люди склонны обвинять и корить себя за то, что они не сделали (или не смогли сделать) большего.

Фаза протеста может длиться от нескольких минут до нескольких месяцев. Затем она постепенно уступает место фазе *дезорганизации* (фаза осознания потери). Как указывает Е. Лидеман, в этой фазе происходит осознание того, что любимого человека уже нет. Эмоции в это время очень интенсивны и болезненны. Основным настроением является глубокая печаль с переживанием потери. Кроме того, личность также может испытывать гнев и чувство вины, однако преобладающим аффектом остается глубокая печаль. Существенно отметить, что в отличие от депрессии при реакции горя самооценка личности не снижается.

Реакция горя сопровождается различными соматическими ощущениями (потеря аппетита, чувство пустоты в желудке, ощущение сжимания в горле, чувство нехватки воздуха, слабости, нехватки энергии и физического истощения).

Эти симптомы часто сопровождают воспоминания об усопшем. Они также могут провоцироваться окружающими событиями.

Иногда эти воспоминания субъективно переносятся настолько тяжело, что индивид старается их избежать.

Другими проявлениями реакции горя являются нежелание общения и редукция контактов с окружающей микросоциальной средой (люди становятся интровертированными). Индивиды с реакцией горя в этот период также не способны проявлять к окружающим спонтанность и свойственную им ранее теплоту.

При реакции горя люди часто испытывают чувство вины по отношению к усопшему. Одновременно с этим у них могут быть выражены раздражительность и враждебность. Как указывают лица с реакцией горя, они от своих родственников хотят услышать слова «я помогу вам вернуть его», а не слова сочувствия.

В целом в этой фазе у лиц с реакцией горя отмечаются дезорганизация, бесцельность и беспокойство. Сами индивиды, оценивая это время ретроспективно, говорят, что все «делали автоматически, без чувств, но это требовало много усилий».

В этой фазе человек постепенно начинает признавать потерю и все больше вспоминает об усопшем, о его последних днях и минутах. Многие стремятся избежать этих воспоминаний, поскольку они очень болезненны.

Многие индивиды мечтают увидеть усопшего во сне. Часть из них довольно часто видят умерших во сне живыми, поэтому пробуждение (возвращение в реальную действительность) нередко бывает крайне мучительным. Иногда в дневное время у индивидов появляются слуховые галлюцинации – «кто-то на цыпочках прошел по коридору и захлопнул окно», «усопший окликает по имени». Эти галлюцинации у некоторых индивидов вызывают выраженный страх, и они нередко обращаются к специалистам за помощью, так как опасаются «сойти с ума». Как полагают, возникающий у индивидов с реакцией горя страх сойти с ума не относится к патологическим расстройствам и не влечет за собой развития сколько-нибудь серьезных заболеваний.

За фазой дезорганизации следует фаза *реорганизации,* которая может длиться от нескольких недель до нескольких лет. В этой фазе личность вновь поворачивается лицом к реальной действительности. Индивид начинает убирать с видных мест предметы, принадлежащие усопшему. К этому времени постепенно бледнеют неприятные воспоминания, связанные со смертью близкого человека, и в памяти начинают всплывать связанные с умершим приятные воспоминания.

В этой стадии индивиды нередко начинают проявлять интерес к новым сферам деятельности. Одновременно с этим они восстанавливают старые связи. Тем не менее временами человек может испытывать чувство вины в связи с тем, что он жив и наслаждается жизнью, в то время как усопший отсутствует.

Этот синдром в свое время был описан В. Нидерландом как «синдром выжившего». Следует отметить, что возникающее чувство вины иногда выражено достаточно сильно и в части случаев оно может быть спроецированно на нового человека, появившегося в жизни индивида.

Несмотря на то что многое меняется, у большинства лиц с реакцией горя остаются некоторые общие паттерны отношения к усопшему:

1. Воспоминания об усопшем.

2. Многие внутренне поддерживают некоторые фантазии о воссоединении с усопшим (мысль о такой возможности в будущем поддерживается большинством религий).

3. Связь с усопшим поддерживается также через процесс идентификации – со временем люди постепенно начинают себя идентифицировать с усопшими по привычкам, по ценностям и ПОЛЯМ активности.

И наконец, человек, переживший утрату (испытание), становится более зрелым и мудрым. Помимо этого, если реакцию горя индивид пережил достойно, без потерь, у него появляются

новые ценности и привычки, которые позволяют ему стать более независимым и лучше справляться с жизненными невзгодами.

Патологическая реакция горя

Наиболее тяжелым проявлением патологической реакции горя считается отсутствие реакции горя как таковой – индивиды, потерявшие близкого человека, не испытывают ни душевной боли, ни тоски, и у них нет воспоминаний об усопшем. У них не обнаруживаются также и соматические расстройства. Иногда индивид после потери близкого человека высказывает тревогу и опасение за свое здоровье в связи с наличием у него реального хронического заболевания.

Нередко при патологической реакции горя осознание потери наступает только после 40 дней или годовщины смерти близкого человека. Иногда потеря близкого человека начинает восприниматься очень остро после другой значимой потери. Описан случай, когда у индивида умерла жена, после смерти которой он начал также оплакивать свою мать, умершую 30 лет назад.

Иногда человек начинает горевать о своем близком, умершем в том же возрасте, которого достиг индивид.

В части случаев может развиваться прогрессирующая социальная изоляция, когда индивид практически перестает общаться с окружающей микросоциальной средой. Нередко социальная изоляция сопровождается постоянной гиперактивностью.

Возникающие у индивида глубокая печаль и чувство вины выжившего в части случаев могут постепенно углубляться в клинически выраженную депрессию с чувством ненависти к самому себе. Нередко одновременно с этим появляются враждебные чувства по отношению к усопшему, которые неприемлемы как для него самого, так и для окружающей микросоциальной среды.

Изредка у лиц с выраженной враждебностью в последующем могут развиваться параноидные реакции. Особенно они проявляются в отношении врачей, которые лечили усопшего.

Необходимо также указать, что среди лиц с патологической реакцией горя при потере супруга/супруги смертность и болезненность в течение первого года траура повышены по сравнению с общей популяцией.

В части случаев лица с реакцией горя продолжают мысленно общаться (беседовать) и в своих фантазиях полагают, что все они

делают так же, как они это делали вместе с усопшим, хотя они и понимают, что любимого человека уже нет в живых.

Классификация психических расстройств, связанных с чрезвычайными ситуациями

В настоящее время единой классификации расстройств, связанных с ЧС, не существует. Более того, в различных классификациях по-разному трактуется понятие типа течения (острое и хроническое) и по-разному определяется длительность того или иного синдрома.

Согласно МКБ-10, при «Острой реакции на стресс» «симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства, или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги, может присутствовать частичная или полная диссоциативная амнезия эпизода. В случаях, где имеется возможность устранения стрессовой обстановки, длительность острой реакции на стресс не превышает нескольких часов, а в тех случаях, когда стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы начинают исчезать спустя 24–48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней».

Одновременно с этим, согласно диагностическим критериям острого стрессового расстройства по DSM-IV-TR, «ответ личности, подвергшейся воздействию травматического события, включает интенсивный страх, беспомощность или ужас» (критерий А).

«Во время воздействия дистрессового события (стрессора) либо после него индивид должен иметь три и более из перечисленных расстройств:

1. Субъективное чувство оцепенения, отчуждения или отсутствие эмоционального резонанса.

2. Редукция восприятия окружающей действительности (быть в состоянии «оглушенности» или ошарашенности).

3. Дереализация.

4. Деперсонализация.

5. Диссоциативная амнезия (неспособность вспоминать важные аспекты травмы)» (критерий В).

«Личность постоянно вновь переживает травматическое

событие, по крайней мере в одном из вариантов: рекуррентные представления, мысли, сны, иллюзии, флешбек-эпизоды, или чувство оживления пережитого опыта; дистресс при воздействии напоминающих моментов травматического события» (критерий C).

Имеет место «избегание стимулов, которые вызывают воспоминания о травматическом событии (например, мысли, чувства, беседа, активность, место события, люди, принимавшие участие)» (критерий D).

Обнаруживаются «выраженные симптомы, которые вызывают тревогу и усиливают возбуждение, например, затруднение сна, раздражительность, затруднение концентрации, супервигильность, чрезмерная реакция испуга, моторное беспокойство» (критерий E).

«Имеющееся расстройство вызывает клинический значимый дистресс или невозможность выполнять различные функции – социальные рабочие или в других важных областях или нарушение функции личности выполнять необходимые задания, такие как обладать необходимой помощью или мобилизацией персональных ресурсов, сказав членам семьи о травматическом событии» (критерий F).

«Расстройство продолжается минимум 2 дня, но не более 4 недель» (критерий G).

Как видно из приведенных данных, сама по себе классификация DSM-IV-TR более подробна. Однако она существенно отличается от МКБ-10. Во-первых, «Острое стрессовое расстройство» включает часть симптомов, которые по МКБ-10 относятся исключительно к диагностическим критериям «Посттравматического стрессового расстройства».

Во-вторых, длительность «Острой реакции на стресс» по МКБ-10 «сводится к минимуму в течение 3 дней даже в тех случаях, когда стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться». Помимо этого, следует подчеркнуть, что, согласно МКБ-10, «если симптоматика сохраняется, то встает вопрос об изменении диагноза».

В-третьих, по DSM-IV-TR, если симптомы, присущие «Острому стрессовому расстройству», длятся более 30 дней, диагноз «Острое стрессовое расстройство» следует заменить на диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» (следовательно, согласно DSM-IV-TR ПТСР как диагноз можно выставлять только через первые 30 дней после травматического события).

Что касается «Переходного периода», то такого диагноза не существует ни в одной классификации. Тем не менее (не предполагая синдромологическую диагностическую

самостоятельность) мы его выделили по следующим соображениям:

1. В «Переходный период» происходит формирование клинической картины последующих психопатологических расстройств.

2. Как правило, именно в «Переходном периоде» представляется возможным оказать пострадавшим высококвалифицированную психолого-психиатрическую помощь.

3. Объем и качество оказываемой психолого-психиатрической помощи и социальные мероприятия, которые проводятся в «Переходном периоде», в значительной мере определяют эффективность всего комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на ресоциализацию пострадавших.

Согласно МКБ-10, диагноз посттравматического стрессового расстройства рассматривается как «отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию…». Причем существенно, что ПТСР «возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразное, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровления». Помимо этого, если состояние обнаруживает «хроническое течение на протяжении многих лет и переход в стойкое изменение личности после переживания катастрофы», то его следует классифицировать как «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0).

Согласно DSM-IV-TR, перед развитием ПТСР не предполагается наличие обязательного латентного периода. Помимо этого, если «Посттравматическое стрессовое расстройство» длится не более 3 месяцев, его следует квалифицировать как «Острое»; если ПТСР длится более 3 месяцев, то его следует квалифицировать как «Хроническое». Вместе с тем ПТСР квалифицируется как «Отставленная реакция», если характерные симптомы появляются не ранее чем через 6 месяцев после травмы.

Согласно МКБ-10, «Расстройство приспособительных реакций» возникает в течение месяца после стрессового события, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев (кроме F43.21 – «Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации»).

Существенным представляется указание на то, что «(не патологическая) реакция горя… должна квалифицироваться с помощью кодов Класса XXI МКБ-10, такими, как Z71 (консультирование) или Z73.3 (стрессовое состояние, не классифицируемое в других рубриках)».

Вместе с тем, согласно DSM-IV-TR, расстройства при «Расстройствах адаптации» начинаются в течение первых 3 месяцев после воздействия стресса и оканчиваются в течение 6 месяцев после прекращения воздействия стресса или его последствий. Если стрессор возникает остро (например, увольнение с работы), расстройства адаптации появляются практически немедленно (или в течение нескольких дней) и их продолжительность относительно короткая (не более нескольких месяцев). Если стрессор и его последствия продолжают оставаться, так же продолжают оставаться и расстройства адаптации. Помимо этого, в DSM-IV-TR расстройства адаптации классифицируются как острые, если они длятся не более 6 месяцев, и классифицируются как хронические, если они длятся более 6 месяцев.

Таким образом, классификации, которые в настоящее время используются для квалификации тех или иных расстройств, возникающих вследствие чрезвычайных ситуаций, еще далеки от совершенства и нуждаются в дальнейшей доработке.

Рекомендуемая литература

Александровский Ю.А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства // Руководство по социальной психиатрии. – М., 2001. – С. 177–194.

Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем преподавания. – М., 1924.

Дозорцева Е.Г., Самородская Н.Г. Оценка психопатологического состояния детей из зон вооруженных конфликтов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 46. – № 3. – С. 62–67

Кекелидзе З.И., Демонова Д.П., Павлова М.С. Социально-психиатрические аспекты миграции // Руководство по социальной психиатрии. – М., 2001. – С. 103–117.

Кекелидзе З.И., Морозова И.Г. Психиатрия чрезвычайных ситуаций // Руководство по социальной психиатрии. – М., 2001. – С. 415–447

Руководство по психиатрии чрезвычайных ситуаций. – М., 2004.

Раздел 3
Общие проблемы судебных психолого-психиатрических экспертных исследований

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Организационно-правовые основы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы

Вначале рассмотрим наиболее общие вопросы, касающиеся производства судебных экспертиз. Правовую основу производства комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ), равно как и других видов судебной экспертизы, составляют Конституция Российской Федерации, Гражданский процессуальный кодекс РФ, Уголовно-процессуальный кодекс РФ, Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ». Такие экспертизы проводятся в гражданском судопроизводстве и уголовном процессе.

В соответствии с процессуальным законодательством и ст. 23 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» комплексной является комиссионная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей.

Практически все КСППЭ производятся в государственных судебно-психиатрических экспертных учреждениях системы Министерства здравоохранения РФ или органов управления здравоохранением субъектов РФ. Экспертное учреждение может состоять из одного или нескольких отделений. Существует три типа таких отделений: 1) амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, 2) стационарной судебно-психиатрической экспертизы для лиц, не содержащихся под стражей), 3) стационарной судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей.

В этих отделениях предусмотрены ставки медицинских психологов. Согласно Приказу МЗ РФ от 16.05.99 № 165 «О медицинском психологе в судебной экспертизе», вводится одна должность медицинского психолога на 250 судебных психиатрических и комплексных с ней экспертиз, проводимых в амбулаторном отделении за один год (для экспертиз несовершеннолетних – на 200 проводимых комиссией экспертиз в год), а в стационаре – 1 должность медицинского психолога предусмотрена на 15 коек.

Функции организационного и научно-методического центра в области организации КСППЭ возложены на Государственный

научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Министерства здравоохранения РФ. Соответственно функции организационного и научно-методического центра по подготовке кадров судебных экспертов-психологов, проводящих КСППЭ, осуществляют Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского и кафедра социальной и судебной психиатрии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Кто может выступать в качестве судебного эксперта-психолога при производстве КСППЭ? Это очень важный вопрос, поскольку в процессуальном законодательстве нигде не оговаривается, кого можно считать лицом, обладающим специальными познаниями и, таким образом, профессионально компетентным для проведения судебной экспертизы, а кого – нельзя. Ясно, что минимальным профессиональным стандартом здесь является высшее обра зование по специальности «Психология» или «Клиническая психология». В то же время понятно, что не каждый психолог с высшим образованием имеет достаточную подготовку для проведения судебной экспертизы.

Согласно вышеуказанным законодательным актам, КСППЭ в государственных экспертных учреждениях проводят лица, занимающие определенную должность. Судебным экспертом-психологом может выступать лицо, занимающее должность «медицинский психолог» в структуре отделения амбулаторной или стационарной судебно-психиатрической экспертизы (должностные обязанности, требования к квалификации по разрядам оплаты медицинского психолога регулируются Постановлением Министерства труда РФ № 43 от 27.08.1997). А в научных судебно-психиатрических экспертных учреждениях (научных центрах, научно-исследовательских институтах и пр.) экспертизы могут производиться также лицами, занимающими должность научных работников, при условии, что эти лица отвечают профессиональным и квалификационным требованиям, предъявляемым к судебному эксперту.

Каковы эти требования? Согласно ч. 3 ст. 13 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», к производству судебно-психиатрической экспертизы в качестве судебного эксперта (в том числе в рамках комплексной экспертизы) могут допускаться лишь лица, имеющие высшее образование и прошедшие последующую подготовку по конкретной экспертной специальности. Порядок прохождения указанной экспертной подготовки устанавливается Министерством здравоохранения РФ. Для психологов это означает, что они должны иметь высшее психологическое

образование и пройти курсы обучения цикла тематического усовершенствования по медицинской и судебной психологии, которые ежегодно проводятся кафедрой социальной и судебной психиатрии факультета постдипломного профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и Учебно-методическим отделом ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Аттестация медицинских психологов, так же как и судебно-психиатрических экспертов, на право самостоятельного производства экспертизы в государственных судебно-психиатрических экспертных учреждениях осуществляется экспертно-квалификационными комиссиями в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ (Приказ Минздрава РФ № 326 от 5.11.98 «О центральной аттестационной комиссии»). Уровень профессиональной подготовки экспертов подлежит пересмотру этими комиссиями каждые пять лет.

При назначении на должность руководитель экспертного учреждения разъясняет эксперту ответственность за дачу заведомо ложного заключения (ст. 307 УК РФ) и за разглашение данных предварительного расследования (ст. 310 УК РФ), о чем у эксперта берется подписка, приобщаемая к его личному делу. Также должны быть разъяснены права и обязанности судебного эксперта.

Данные права и обязанности определяются процессуальным законодательством и ст. ст. 16 и 17 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».

Эксперт-психолог обязан:

1. Принять к производству порученную ему экспертизу, провести полное исследование предоставленных ему объектов и материалов, включая необходимое обследование (экспериментально-психологическое исследование) подэкспертного (при очной экспертизе) и дать обоснованное заключение по всем вопросам, входящим в его компетенцию, поставленным на разрешение КСППЭ.

2. Отказаться от дачи экспертного заключения в следующих случаях:

– нарушения процессуального порядка назначения экспертизы, которое существенно затрудняет или делает невозможным ее проведение;

– выхода всех поставленных вопросов за пределы его специальных знаний;

– недостаточности либо непригодности объектов и материалов для проведения исследования и дачи заключения при условии, что эксперту отказано в их дополнении;

– невозможности разрешения всех поставленных вопросов при современном уровне науки;

– отказа подэкспертного или его законного представителя от прохождения экспертных исследований в случаях, когда, в соответствии с законом, экспертиза может быть проведена только с согласия указанных лиц. В соответствии с уголовно-процессуальным законодательством независимо от их собственного согласия либо согласия других лиц подвергаются экспертизе только подозреваемый, обвиняемый, подсудимый и лицо, в отношении которого ведется производство по применению принудительных мер медицинского характера, а также потерпевший, направленный на экспертизу в соответствии с п. 4 ст. 196 УПК РФ. Гражданин, в отношении которого решается вопрос о его гражданской дееспособности, может быть принудительно направлен на экспертизу только по определению суда, вынесенному в судебном заседании с обязательным участием прокурора и врача-психиатра (ст. 283 ГПК). Иные же лица могут быть направлены в экспертное учреждение для прохождения экспертизы только с их добровольного согласия или, в отдельных случаях, с согласия своего законного представителя.

В случаях, когда вышеуказанные обстоятельства становятся известными эксперту после того, как он приступил к проведению исследований, эксперт составляет письменное сообщение о невозможности дать заключение. В нем кратко описываются проведенные исследования и излагаются основания, по которым невозможно дать заключение.

3. Являться по вызову дознавателя, следователя, прокурора, суда (судьи) в предусмотренных процессуальным законом случаях в связи с назначаемой, назначенной или уже проведенной экспертизой (для производства КСППЭ за пределами экспертного учреждения или для допроса в качестве эксперта).

4. Заявить руководителю экспертного учреждения самоотвод при наличии данных, указанных в законе в качестве оснований для отвода судебного эксперта.

5. Обеспечить сохранность представленных объектов исследования и материалов дела.

6. Не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, сведения, составляющие государственную, врачебную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну.

7. Не разглашать данные предварительного расследования, ставшие ему известными в связи с участием в уголовном деле в

качестве эксперта, если эксперт был об этом заранее предупрежден дознавателем, следователем или прокурором в порядке, установленном ст. 161 УПК РФ.

Эксперт не вправе:

1. Самостоятельно собирать объекты и материалы для экспертного исследования.

2. Без ведома органа или лица, назначивших экспертизу, вести переговоры с участниками процесса по вопросам, связанным с судебной экспертизой; вступать в личные контакты с участниками процесса и иными лицами, если это ставит под сомнение незаинтересованность эксперта в исходе дела.

3. Сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших.

4. Принимать поручение о производстве экспертизы в экспертном учреждении непосредственно от каких-либо органов или лиц (включая дознавателя, следователя, прокурора, судей), кроме руководителя экспертного учреждения, в котором работает эксперт.

Эксперт вправе:

1. Знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету порученной ему экспертизы.

2. Ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения.

3. Ходатайствовать перед руководителем экспертного учреждения о необходимости привлечения к производству экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения.

4. Участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда (судьи) в следственных или судебных действиях и задавать участникам этих действий вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. Обычно это право реализуется при проведении КСППЭ в суде.

5. Давать в пределах своей компетенции заключение по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении или определении о назначении экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования (право так называемой экспертной инициативы).

6. Делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или его показаний.

7. Приносить жалобы на действия (бездействие) дознавателя, следователя, прокурора, суда (судьи), нарушающие права эксперта.

8. Получать возмещение расходов, связанных с явкой к дознавателю, следователю, прокурору или в суд (расходы по проезду, найму жилого помещения, суточные), а в случаях, когда экспертиза производилась на платной основе – получать вознаграждение за проведенную экспертизу.

Права и обязанности эксперта распространяются на любое лицо, производящее порученную ему экспертизу. При производстве КСППЭ все эксперты обладают равными правами и несут равные обязанности, предусмотренные законодательством в отношении судебного эксперта. Распределение функций между отдельными членами экспертной комиссии не должно нарушать равноправия экспертов и требования закона о личной ответственности каждого из них за проведение им исследования и данное заключение.

Рассмотрим ***порядок назначения экспертизы***.

Основаниями производства экспертизы в экспертном учреждении являются только постановление или определение о ее назначении, вынесенные дознавателем, следователем, прокурором, судом или судьей. Экспертиза считается назначенной со дня вынесения постановления или определения. При этом постановление (определение) о назначении экспертизы должно быть составлено в соответствии с требованиями, предъявляемыми к этому документу процессуальным законодательством.

Если формулировка содержащегося в постановлении (определении) вопроса (вопросов) экспертам непонятна или недостаточно ясна, они заявляют ходатайство перед органом (лицом), назначившим экспертизу, с просьбой дать необходимые разъяснения. В случае неудовлетворения ходатайства эксперты могут не отвечать на такой вопрос (или на такие вопросы), но обязаны указать в своем заключении, почему они сочли вопрос непонятным или недостаточно ясным.

Орган или лицо, назначившие экспертизу, предоставляют экспертам все объекты исследований и материалы дела, необходимые для проведения исследований и дачи заключения. Обычно к материалам, которые исследуются в КСППЭ, относятся материалы уголовного или гражданского дела с приобщенными к ним документами и объектами – медицинской документацией, характеристиками, аудио– или видеозаписями проведенных в процессе следственных или судебных действий и пр. Если эксперты обнаружат неполноту материалов, предоставленных на исследование, они должны заявить ходатайство о предоставлении им дополнительных материалов перед органом (лицом), назначившим экспертизу. Также нужно отметить, что материалы

дела находятся в распоряжении экспертов в течение всего срока производства экспертизы.

Все ходатайства перед органом (лицом), назначившим экспертизу, заявляются экспертами через руководителя экспертного учреждения. Ходатайство составляется в двух экземплярах, каждый из которых подписывается руководителем экспертного учреждения. Первый экземпляр направляется адресату, второй – приобщается к истории болезни подэкспертного.

В реальной практике производства КСППЭ мы часто встречаемся с ошибками при ее назначении, при этом ошибки в основном касаются неправильного определения рода экспертизы – однородной или комплексной. Можно выделить следующие основные ***варианты ошибочного назначения КСППЭ***.

1. Следователем или судом назначается КСППЭ, когда достаточно назначить однородную судебно-психиатрическую экспертизу. В результате в заключении экспертизы даются ответы только на вопросы, входящие в компетенцию психиатра, и утрачивают свое значение вопросы, требующие специальных познаний в психологии. Например, обвиняемый совершил преступление под влиянием галлюцинаторных переживаний или бредовых мотивов и по результатам КСППЭ признан невменяемым. Такого рода экспертные решения встречаются примерно в 20 % случаев. Конечно, далеко не всегда можно при назначении экспертизы предугадать, какие решения примут эксперты, но ряд таких случаев был достаточно очевиден – например, обвиняемый в убийстве нескольких человек давно болен шизофренией, неоднократно перенес бредовые приступы (что подтверждается медицинской документацией), а следователь необоснованно назначил КСППЭ.

2. Следователем или судом назначается КСППЭ, но в постановлении (определении) отсутствуют вопросы, относящиеся к компетенции эксперта-психолога. В каждом десятом документе о назначении КСППЭ не содержится вопросов к психологам. С какой же целью в таком случае назначается не судебно-психиатрическая, а комплексная экспертиза? Скорее всего во многих случаях происходит элементарная путаница из-за незнания следователем специфики КСППЭ по сравнению с судебно-психиатрической. Этому способствуют и некоторые публикации, в которых преувеличивается роль КСППЭ, утверждается, что юридический критерий вменяемости-невменяемости должен устанавливать психолог-эксперт.

3. Следователем или судом назначается судебно-психиатрическая экспертиза, но в постановлении (определении)

содержатся и вопросы, которые не входят в компетенцию эксперта-психиатра, но относятся к компетенции эксперта-психолога. Такие случаи более редки, чем вышеописанные, но они также встречаются. Здесь очевидна ошибка при выборе вида экспертизы – следователя интересуют обстоятельства, входящие в компетенцию эксперта-психолога, но он не различает его компетенцию и компетенцию психиатра и неверно полагает, что психиатр может решить вопросы об аффекте, индивидуально-психологических особенностях и т. п. Бывает перепутана даже компетенция психолога и сексолога – в одном случае была назначена сексолого-психиатрическая экспертиза, а в постановлении сформулированы вопросы только к психиатру и психологу.

4. Следователем или судом назначается судебно-психиатрическая экспертиза. В постановлении (определении) все вопросы сформулированы правильно, все они входят в компетенцию эксперта-психиатра. Но при первичном осмотре подэкспертного, при ознакомлении с материалами уголовного дела и медицинской документацией эксперты-психиатры сами приходят к выводу, часто после консультаций с психологом, что в данном случае существуют обстоятельства, имеющие значение для дела, установление которых входит в компетенцию эксперта-психолога, но по поводу которых вопросы поставлены не были. Здесь ошибка следователя совсем другого рода, чем в предыдущем случае: он не путает компетенцию психиатра и психолога, он неверно оценивает следственно-экспертную ситуацию и не видит обстоятельств, требующих комплексного экспертного исследования. Наиболее часты ошибки, связанные с необходимостью квалификации ст. ст. 107, 113 УК РФ, т. е. отсутствует вопрос об аффекте.

5. Наконец, целый ряд комплексных психолого-психиатрических экспертиз назначается в тех случаях, когда можно было ограничиться однородной судебно-психологической экспертизой. В ошибочных постановлениях и определениях примерно в 1 случае из 70 при назначении КСППЭ и судебно-психиатрической экспертиз формулируются вопросы, входящие в компетенцию только психолога. Гораздо больше случаев, когда при формально верном оформлении документа о назначении КСППЭ можно было бы ограничиться однородной судебно-психологической экспертизой. Например, обвиняемой в убийстве своего мужа назначена третья повторная КСППЭ из-за сомнений суда в экспертном установлении состояния аффекта в момент убийства. Все три предыдущие КСППЭ, проведенные в разных экспертных учреждениях, пришли к однозначному мнению, что

обвиняемая представляет собой психопатическую личность истеровозбудимого круга, вменяема, но на двух экспертизах был диагностирован аффект, а на одной – сделан вывод о его отсутствии. В данном случае очевидна необходимость производства не КСППЭ, а только судебно-психологической экспертизы.

При всем разнообразии рассматриваемых ситуаций можно допустить две крайние позиции при их решении. Первая из них исходит из формального положения о том, что каждый раз должен проводиться тот вид экспертизы, который назначен. Вторая позиция основана на том, что каждый раз должен проводиться тот вид экспертизы, который действительно необходим.

На наш взгляд, в подобных ситуациях необходимо руководствоваться не формальными основаниями, а принципом всестороннего, полного и объективного исследования обстоятельств дела. Этим принципом должны руководствоваться все участвующие в уголовном процессе лица, в том числе и эксперты. Согласно этому принципу, эксперты должны ответить на все поставленные перед ними вопросы (при условии, что их решение входит в компетенцию эксперта и что предоставленные материалы позволяют сделать это), а также могут дать заключение по обстоятельствам, по которым вопросы не ставились.

Заметим одновременно, что в законе отсутствует официальная классификация судебных экспертиз. Виды судебных экспертиз слишком многочисленны, при этом развитие научных знаний делает границы «экспертной номенклатуры» очень подвижными и динамичными. Поэтому для следователя (или суда) главным на уровне процессуального законодательства является не формальное «наименование» экспертизы, а правильное, научно достоверное и полное решение экспертами значимых для дела вопросов. Такого требования к экспертам, как точное следование названию экспертизы (в постановлении или определении), закон вообще не содержит. Поэтому в межведомственной инструкции об организации производства комплексных экспертиз в судебно-экспертных учреждениях СССР (1986) и закреплено положение 4: «В случаях, когда при ознакомлении с представленными на исследование материалами либо в ходе производства отдельных экспертиз выявлена необходимость проведения комплексной экспертизы, ее производство организуется руководителем учреждения».

Точное определение формы экспертизы для следователя и суда в ряде случаев оказывается объективно трудным. Введенная

в новый УК РФ норма об «ограниченной вменяемости» требует в ряде случаев совместного применения познаний в психологии и психиатрии, а в ряде случаев достаточно будет только психиатрических познаний. Орган, назначающий экспертизу, не может предвидеть в каждом отдельном случае, понадобятся комплексные исследования или нет. В то же время трудно представить ситуацию, когда «на всякий случай» следователи и суды будут назначать вместо судебно-психиатрической экспертизы обвиняемых комплексную психолого-психиатрическую. Во-первых, в настоящее время не существует необходимой инфраструктуры, позволяющей все такие экспертизы проводить как комплексные. Во-вторых, и это главное, если это произойдет, то судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых как общественный институт прекратит свое существование, а доля экспертных решений, требующих совместной компетенции психологов и психиатров, в таких экспертизах будет составлять ничтожный процент, т. е. коэффициент полезного действия при тотальной замене судебно-психиатрических экспертиз на КСППЭ резко упадет.

Исходя из этих соображений, неизбежные на практике расхождения между назначенной и действительно необходимой экспертизами следует при необходимости и по возможности корректировать в самом экспертном учреждении, используя с этой целью полномочия, предоставленные процессуальным законом его руководителю.

Поэтому мы считаем, что в случаях, когда назначена однородная судебно-психиатрическая экспертиза, между тем как для достижения истины по делу и решения экспертных вопросов (поставленных правоохранительными органами или которые могут быть решены в порядке реализации экспертной инициативы) необходима комплексная экспертиза, должна проводиться КСППЭ. Если же назначена КСППЭ без вопросов к психологу, то психолог проводит исследование, направленное на выявление обстоятельств, по поводу которых вопросы не ставились, при условии, что эти обстоятельства имеют значение для дела и их установление входит в компетенцию эксперта. Эти и другие положения, разработанные нами в соавторстве с С.Н. Шишковым, легли в основу «Положения о производстве КСППЭ в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», согласованного с Прокуратурой г. Москвы 12 мая 1998 г.

Теперь остановимся на вопросах, связанных с самим проведением КСППЭ.

Вначале охарактеризуем ***виды КСППЭ***.

Существует несколько классификаций видов экспертиз по

разным основаниям.

По возможности непосредственного освидетельствования подэкспертного лица можно выделить экспертизы *очные* и *заочные* (в т. ч. и *посмертные*).

По количеству лиц, обладающих специальными познаниями, которые участвуют при производстве судебной экспертизы, различают экспертизы *единоличные* и *комиссионные*. Ясно, что КСППЭ всегда проводится в форме комиссионной экспертизы.

По месту и условиям проведения КСППЭ подразделяются на *амбулаторные, стационарные* и *проводимые в зале судебного заседания*.

Отметим, что однородная судебно-психологическая экспертиза практически не проводится в стационарных условиях. Между тем именно при стационарной экспертизе, длящейся 30 дней, имеются возможности для полного, глубокого и всестороннего психолого-психиатрического обследования подэкспертных лиц – в этом несомненное организационное преимущество КСППЭ перед однородной судебно-психологической экспертизой.

По процессуальному положению подэкспертных лиц в уголовном процессе можно выделить КСППЭ *обвиняемых (подозреваемых, подсудимых), свидетелей* и *потерпевших*.

Наиболее важная классификация касается предметных видов КСППЭ.

При проведении КСППЭ в уголовном процессе наряду с вопросами, входящими в компетенцию судебного эксперта-психиатра, решаются также вопросы, входящие в компетенцию судебного эксперта-психолога или в совместную компетенцию судебного эксперта-психиатра и судебного эксперта-психолога, а именно:

а) определение индивидуально-психологических особенностей (личности) обвиняемого и их влияния на его поведение во время совершения инкриминируемых ему деяний;

б) определение аффекта (внезапно возникшего сильного душевного волнения) у обвиняемого в момент совершения инкриминируемых ему деяний;

в) определение способности несовершеннолетнего обвиняемого во время совершения инкриминируемых ему деяний в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством;

г) определение способности свидетеля или потерпевшего с учетом его психического состояния, индивидуально-

психологических особенностей и уровня психического развития правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания;

д) определение способности потерпевшего (чаще всего – жертв половых преступлений) с учетом его психического состояния, индивидуально-психологических особенностей и уровня психического развития понимать характер и значение совершаемых с ним действий или оказывать сопротивление виновному;

е) определение психического состояния лица, окончившего жизнь самоубийством;

ж) определение психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка.

Этот перечень не является исчерпывающим, – в принципе КСППЭ может назначаться и по поводу иных обстоятельств, установление которых требует специальных познаний в психологии и психиатрии, если указанные обстоятельства имеют значение для уголовного дела и входят в компетенцию судебного эксперта-психолога и эксперта-психиатра.

При производстве КСППЭ в организационно-правовом аспекте наиболее значимая проблема – это ***форма и структура экспертного заключения***.

В целом, согласно процессуальному законодательству и ст. 25 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», в экспертном заключении должны быть отражены:

1. Время и место производства экспертизы.
2. Основания производства экспертизы.
3. Сведения об органе или лице, назначившем экспертизу.
4. Сведения об экспертном учреждении и об экспертах (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), которым было поручено производство экспертизы.
5. Вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов.
6. Объекты исследований и материалы дела, представленные эксперту или экспертам для производства экспертизы.
7. Сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве экспертизы.
8. Содержание и результаты исследований с указанием примененных методов.
9. Оценка результатов исследований, обоснование и формулирование выводов по поставленным вопросам.
10. Сведения о предупреждении эксперта (экспертов) об

ответственности по ст. 307 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения (п. 5 ч. 1 ст. 204 УПК).

Более конкретно формальную структуру заключения КСППЭ задает Приказ МЗ РФ № 401 от 12.08.2003 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе».

Согласно данному приказу, утверждены отраслевая учетная форма № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)») и Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы, т. е. в соответствии с Федеральным законом № 73-ФЗ от 31.05.2001 «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» на ведомственном уровне регламентируется структура экспертного заключения, в т. ч. и КСППЭ.

В соответствии с законодательством и ведомственными документами *заключение по итогам КСППЭ состоит из трех частей: вводной, исследовательской, выводов.*

При этом необходимо иметь в виду, что заключение КСППЭ имеет в целом ту же структуру, что и заключение однородной судебно-психиатрической экспертизы.

Во *введении* формулируется наименование комплексной экспертизы, эксперты других специальностей указываются в числе членов комиссии.

Исследовательская часть каждого из взаимодействующих экспертов в полном объеме выделяется особо и подписывается экспертом, ответственным за ее составление. Эта часть традиционно состоит из двух частей: анамнеза и описания соматического, неврологического и психического состояния (статуса).

Допускается приведение не только анамнеза заболевания, но и сведений о жизни подэкспертного, имеющих значение для формулирования экспертных выводов, которые входят в компетенцию эксперта-психолога или в совместную компетенцию экспертов – психиатра и психолога (клинико-психологический анамнез). В этом случае анамнез подписывается всеми участвующими в экспертизе специалистами.

В разделе, отражающем статус подэкспертного, в полном объеме должны быть представлены результаты экспериментально-психологического исследования подэкспертного, при этом должны быть указаны все методы (беседа, наблюдение, экспериментальные методики), использованные при обследовании. При этом эксперт-психолог подписывает только эту часть заключения.

Выводы комиссии экспертов при проведении КСППЭ могут

быть двух видов.

Во-первых, *выводы эксперта одной специальности*. Это, к примеру, ответы на вопросы о наличии или отсутствии состояния аффекта у обвиняемого, его индивидуально-психологических особенностях, которые, как очевидно, входят в компетенцию эксперта лишь одной специальности – психологии. В этом случае эксперт-психолог формулирует самостоятельный вывод, который подписывается только им. При этом каждый из экспертов, участвующих в производстве КСППЭ, при обосновании собственных выводов может опираться на данные, полученные в ходе исследования, или на выводы, сформулированные экспертом другой специальности, при условии, что данное обстоятельство будет отмечено им в экспертном заключении.

Во-вторых, по итогам КСППЭ могут формулироваться *интегративные или синтезирующие выводы, входящие в компетенцию и психиатра, и психолога.* Например, это ответ на вопрос о наличии у несовершеннолетнего обвиняемого отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, которое обусловливает способность не в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими при совершении правонарушения. Такие выводы подписываются и экспертами-психиатрами, и экспертами-психологами.

В контексте организационных вопросов производства КСППЭ хотелось бы остановиться и на такой важной проблеме, как ***состав экспертной комиссии***.

В настоящее время сложившаяся практика определяет состав экспертной комиссии при проведении стационарных и амбулаторных КСППЭ в количестве четырех человек – к трем членам судебно-психиатрической экспертной комиссии добавлен эксперт-психолог. Такое соотношение, несмотря на то что эксперты-психологи и эксперты-психиатры обладают равными правами и несут равные обязанности, определенные УПК РФ, может создавать некоторый перекос в профессиональных взаимоотношениях экспертов разных специальностей. Часто получается, что «все эксперты равны, но эксперты-психиатры равны больше».

Как показывает практика КСППЭ, значительный круг экспертных решений требует совместной компетенции психологов и психиатров и поэтому более объективному, всестороннему и полному исследованию всех обстоятельств дела в таких случаях будет способствовать включение в состав экспертной комиссии по крайней мере двух психологов – членов комиссии. Сейчас к такому соотношению прибегают только в

исключительных случаях, сложных в диагностическом и экспертном отношении, согласно п. 10 «Положения о производстве КСППЭ». Между тем уже в настоящее время созданы необходимые предпосылки формирования состава комиссии КСППЭ по формуле: 3 эксперта-психиатра + 2 эксперта-психолога. В Приказе МЗ РФ от № 165 19.05.2000 количество медицинских психологов амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических отделений по штатным нормативам увеличивается в четыре раза (по сравнению с Приказом МЗ РФ № 240 от 28.08.1992, где была определена одна должность психолога на 1000 проводимых комиссией экспертиз в год).

Каковы ***нормы нагрузки*** при производстве КСППЭ у эксперта-психолога? Существует пособие «О должностных обязанностях и нормативах нагрузки психолога амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий и отделений стационарной судебно-психологической экспертизы» от 2000 г., которое является дополнением к Приказу МЗ РФ № 165 от 19.05.2000 «О медицинском психологе в судебно-психиатрической экспертизе». Согласно данному документу, медицинский психолог амбулаторной комиссии может провести 200 психодиагностических (экспериментально-психологических) исследований в год при производстве однородной судебно-психиатрической экспертизы. Как показал хронометраж, психолог, привлеченный в качестве эксперта для производства КСППЭ, затрачивает в два раза времени больше, чем при работе в качестве патопсихолога в однородной судебно-психиатрической экспертизе. Таким образом, норма нагрузки психолога может быть исчислена исходя из того, что одна экспертиза при проведении КСППЭ принимается за два экспериментально-психологических исследования (ЭПИ) при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Иными словами, одним психологом за год может быть проведено, к примеру, 20 КСППЭ и 160 ЭПИ; 40 КСППЭ и 120 ЭПИ; 60 КСППЭ и 80 ЭПИ; 80 КСППЭ и 40 ЭПИ; только 100 КСППЭ.

Аналогично подсчитывается норма нагрузки медицинского психолога и при производстве стационарной экспертизы, только в этом случае суммарная норма нагрузки составляет 160 ЭПИ при проведении однородной судебно-психиатрической экспертизы в год. Легко подсчитать, что если психолог проводит, например, 20 КСППЭ, то он должен провести 120 ЭПИ; если 40 КСППЭ – то 80 ЭПИ; если 60 КСППЭ – то 40 ЭПИ; если 80 КСППЭ – то 0 ЭПИ.

Заключение экспертов составляется не менее чем в трех экземплярах, первый из которых направляется органу (лицу), назначившему экспертизу, а два других остаются в экспертном

учреждении. Один экземпляр хранится в истории болезни испытуемого. Экспертное заключение должно быть составлено не позже 10 дней после окончания экспертных исследований и формулирования экспертных выводов.

В соответствии с процессуальным законодательством и ст. 22 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» при производстве комиссионной экспертизы в случае разногласий между экспертами каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, дает отдельное заключение. При этом руководитель экспертного учреждения направляет все заключения экспертизы органу или лицу, назначившему данную экспертизу.

Орган (лицо), назначивший экспертизу, производит ***оценку заключения КСППЭ***.

Если заключение признано полным, ясным и обоснованным, то оно может служить *доказательством по делу*.

Если судебно-следственные органы придут к выводу, что экспертное заключение является недостаточно полным и ясным, хотя правильность экспертных выводов не ставится под сомнение, то они могут вызвать эксперта на *допрос*. На допросе судебный эксперт разъясняет свое заключение (или отдельные выводы), не проводя исследования (ст. ст. 205 и 282 УПК РФ, ч. 1 ст. 187 ГПК РФ).

Необходимо отметить, что на допрос в качестве эксперта могут быть вызваны лишь те эксперты, которые проводили данную экспертизу. Допрос в качестве эксперта лица, не проводившего данную экспертизу, не допускается. При этом количество экспертов и кто именно вызывается на допрос определяет орган (лицо), ведущий производство по делу. Если же для допроса вызывается кто-либо из членов экспертной комиссии без указания конкретного эксперта, то решение о том, кто из экспертов, произведших данную экспертизу, обязан явиться по такому вызову, принимает руководитель экспертного учреждения.

Очень важно помнить, что эксперт не может быть допрошен по поводу сведений, ставших ему известными в связи с производством экспертизы, если они не относятся к предмету этой экспертизы. Это оговорено в ч. 2 ст. 205 УПК РФ и в ч. 3 ст. 31 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ». Кроме того, нужно знать, что, согласно ч. 1 ст. 205 УПК РФ, допрос эксперта до составления им экспертного заключения не допускается.

Дополнительная экспертиза назначается в случае неполноты или недостаточной ясности заключения предыдущей (основной) экспертизы, а также при возникновении новых вопросов

относительно ранее исследованных обстоятельств дела. Производство дополнительной экспертизы может быть поручено как эксперту или экспертам, проводившим основную экспертизу, так и другому эксперту (другим экспертам).

Повторная экспертиза может назначаться по мотивам необоснованности или сомнений в правильности предыдущего экспертного заключения (экспертных заключений), а также при наличии противоречий в экспертных выводах. Повторная экспертиза назначается по тем же вопросам, что и предыдущая (предыдущие), и может быть поручена только другому эксперту (другим экспертам). При производстве повторной экспертизы эксперты обязаны провести все необходимые для дачи заключения исследования и не должны ограничиваться ссылкой на прежние экспертные исследования и выводы с указанием на свое согласие с ними.

Рекомендуемая литература

О должностных обязанностях и нормативах нагрузки психолога амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий и отделений стационарной судебно-психологической экспертизы: Пособие для врачей. – М., 2000.

Положение о производстве комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. – М., 1998.

Приказ МЗ РФ от 26.05.2000 № 165 «О медицинском психологе в судебно-психиатрической экспертизе».

Приказ МЗ РФ от 12.08.2003 № 401 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе».

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. – М.: Издательство Юрайт, 2014.

Уголовно-процессуальный кодекс РФ (любое издание).

Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31.05.2001 № 73-ФЗ.

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Теоретические основы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы

Теоретические проблемы КСППЭ сложны и разнообразны, поэтому сначала определим ***общие принципы судебно-психологического экс-пертологического исследования.***

Общая теория судебной экспертологии, по мнению А.И. Винберга и Н.Т. Малаховской, является «формой научного знания о закономерностях и методологии формирования научных основ судебных экспертиз». Это метанаучная область по отношению к предметным судебным наукам. Она объясняет, как материнские (базовые) науки трансформируются в систему специальных познаний в предметной судебной науке и как эти познания реализуются в практической деятельности при производстве судебных экспертиз. Накопленный теоретический и практический опыт КСППЭ на современном этапе развития требует построения и предметной судебной метанауки – *судебно-психологической экспертологии*. Она, выступая как *частная теория судебной экспертологии*, должна раскрывать механизм трансформации общепсихологических теоретических знаний и методологических принципов в специальные познания судебного эксперта-психолога, используемые в различных организационно-правовых формах для судебно-психологической оценки психической деятельности подэкспертных лиц с психическими расстройствами.

Наряду с применением принципа сравнительного экспертоведения, предусматривающего выявление опосредованной зависимости психологических познаний, используемых в судебной экспертизе, от уровня развития общей, медицинской психологии и от юридического значения различных предметных видов экспертизы, комплексный характер психолого-психиатрического экспертного исследования требует использования и другого принципа – диалектического единства интеграции и дифференциации судебной психологии и судебной психиатрии как предметных экспертных наук.

Основными составляющими экспертологического анализа являются понятия *объекта* и *предмета* практической деятельности судебного эксперта-психолога, на основе которых

становится возможным сформулировать содержательное *определение специальных познаний*, очертить их объем, раскрыть психологическую структуру представленности этих познаний в сознании эксперта, понять механизм конкретного их применения в экспертном исследовании. Это, в свою очередь, позволит понять трансформацию основных общепсихологических понятий в *понятия судебно-психологические, «экспертные»*, которые, не теряя своей психологической основы, адаптированы к правоприменению, соотносятся с теорией уголовного права, в частности, с уголовно-правовым значением этих психологических категорий. Как отмечает О.Д. Ситковская, понятийный аппарат судебно-психологической экспертизы связан с комплексом ее исследовательских задач, поэтому основным ориентиром являются общепсихологические категории, релевантные решению вопросов уголовной ответственности и наказания.

Рассмотрение указанных вопросов предусматривает экспертологический анализ объекта, предмета, специальных познаний, основных экспертных понятий и в плане сопоставления этих судебно-психологических категорий с судебно-психиатрическими. Это важно для понимания возможностей комплексирования этих судебных наук в конкретных экспертных исследованиях, осмысления пределов интеграции различных специальных познаний и границ их компетенции.

Под объектом познания в философии понимается элемент реальной действительности, противостоящий субъекту в его познавательной деятельности и существующий независимо от его сознания. Наиболее распространенным является определение объекта судебно-психологи-ческой экспертизы, данное М.М. Коченовым в одной из работ, согласно которому им является психическая деятельность психически здорового человека. И.А. Кудрявцев также отмечает, что судебно-психологическая экспертиза изучает «полную норму», а при комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе психолог должен, по его мнению, исследовать лиц с пограничной психической патологией (в том числе и с крайними индивидуальными вариантами психического здоровья), не исключающей вменяемости.

Обе точки зрения отражают существующую сегодня практику назначения судебных экспертиз, решающих психологические вопросы. Действительно, на судебно-психологическую экспертизу направляются подэкспертные, чье психическое здоровье либо не вызывает сомнений у правоохранительных органов, либо подтверждено уже проведенной судебно-психиатрической экспертизой. Комплексная экспертиза назначается в основном тогда, когда требуется одновременное решение судебно-

психиатрических и судебно-психологических вопросов, и соответственно судебный психолог решает психологические вопросы только в случае решения вопроса психиатрами о вменяемости подэкспертного лица, – а ими нередко оказываются обвиняемые с пограничной психической патологией. Но в то же время и в поле зрения судебно-психологической экспертизы, как показывает та же практика, очень часто попадают лица с пограничной патологией психики и очень часты случаи проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в отношении и психически здоровых (так называемой полной нормы) и психически больных лиц.

Точны ли данные определения с теоретической точки зрения? Могут ли быть у психолога разные объекты экспертного исследования в зависимости от того, в рамках какой экспертизы – судебно-психологической или комплексной психолого-психиатрической он обследует подэкспертное лицо? Верны ли эти определения в свете перспектив участия психолога-эксперта в уголовном процессе при совершенствовании как уголовного и уголовно-процессуального законодательства, так и самого содержания и процесса экспертизы?

Определение объектов судебных экспертиз, имеющих дело со сферой психического в человеке, по критерию наличия или отсутствия психического заболевания (или патологии психики) предполагает и различение объектов базовых научных дисциплин (психологии и психиатрии) по тому же принципу. Но психиатрия отличается от психологии не тем, что она изучает психические болезни, а психология – так называемую нормальную психику. Психология может иметь одним из своих объектов нервно-психическую патологию психической деятельности.

Важнейшей особенностью деятельности судебного психолога-эксперта является применение такой теоретической области психологии, как клиническая психология с ее развитым концептуальным аппаратом анализа патологии познавательной деятельности и личности, со сложившимся психодиагностическим инструментарием, чьим объектом изучения как раз и является патология психической сферы человека. И судебный психолог, деятельность которого протекает в рамках судебно-психологической или комплексной психолого-психиатрической экспертизы, сталкивается с подэкспертным, о психическом здоровье которого априори судить невозможно. Следовательно, объектом исследования психолога-эксперта, независимо от вида экспертизы, в которой он участвует, не может быть заведомо «нормальная» или «пограничная» психика. Психолог-эксперт имеет дело с особенностями психической

деятельности человека, обусловленными как патологическими, так и непатологическими факторами. Следует отметить, что в последних работах М.М. Коченов придерживался аналогичной точки зрения и отмечал, что «главным объектом судебно-психологической экспертизы является психика человека как особое свойство его мозга, недоступное непосредственному чувственному познанию».

Однако и такое определение объекта судебно-психологической экспертизы является неполным, поскольку оно не выявляет его специфики, качественного отличия от объекта психологии как теоретической дисциплины. Если рассматривать деятельность судебно-психологического эксперта в рамках системы судебной экспертологии, то становится ясным, что создание специальной прикладной судебной предметной науки является результатом необходимости трансформации категорий базовой науки в качественно иные категории, в том числе и трансформации объекта науки. Как справедливо указывают Ю.Л. Метелица и С.Н. Шишков, объектом судебно-экспертного исследования являются особенности психики человека не вообще, а только в юридически значимых ситуациях, под которыми понимаются юридически значимые периоды времени или ситуации, в которых разворачивается та или иная психическая деятельность подэкспертного лица, оцениваемая с позиции разных юридических критериев. К примеру, при судебно-психологической экспертизе обвиняемого такой значимой ситуацией будет ситуация совершения инкриминируемого ему деяния, при экспертизе свидетелей – предкриминальная, криминальная и посткриминальная ситуации, стадии предварительного следствия, судебного разбирательства.

Таким образом, можно определить *объект* исследования эксперта-психолога как *психическую деятельность подэкспертного лица в юридически значимых ситуациях*.

Особенностью такого определения является то, что оно практически не отличается от определения объекта судебно-психиатрической экспертизы, данного Ю.Л. Метелицей и С.Н. Шишковым. Действительно, при судебно-психологической, так же как и при судебно-психиатрической, экспертизе в качестве противостоящего субъекту познания элемента объективной реальности выступает вся психическая сфера испытуемого в рамках заданных эксперту ситуаций, и только на предметном уровне психолог и психиатр находят свой аспект гносеологического освоения объекта. В то же время данное определение позволяет участвовать психологу в комплексной психолого-психиатрической экспертизе не только лиц с

пограничными состояниями психики, но и в работе с любыми подэкспертными – психически больными, здоровыми, с пограничными состояниями. Это имеет важное значение для перспектив судебно-психологической и комплексных с ней экспертиз. Уже в настоящее время разрабатываются проблемы, в решении которых психолог-эксперт может участвовать наряду с психиатрами, несмотря на то что речь будет идти о психически больных с выраженной патологией (шизофрения и пр.), – это проблемы ограниченной вменяемости, процессуальной дееспособности и др.

Как уже отмечалось, при всей схожести объектов судебной психологической и психиатрической экспертиз предметы их отличаются друг от друга. Это несходство вытекает из различия предмета базовых научных дисциплин – психиатрии и психологии. Под предметом познания в общем виде понимаются зафиксированные в опыте и включенные в процесс практической деятельности человека стороны, свойства и отношения объекта, исследуемые с определенной целью в данных условиях и обстоятельствах. Психиатрия, по мнению Ю.Ф. Полякова, имеет дело с закономерностями проявлений нарушенных психических процессов, а психология – с закономерностями протекания или структуры (патопсихология – с их нарушениями) самих психических процессов. Предметом судебной психиатрии, по определению С.Н. Шишкова, являются психические расстройства, имеющие юридическое значение в уголовном и гражданском процессах. Юридически значимы такие расстройства, которые в достаточной мере дизрегулируют поведение субъекта права, лишая его способностей, обязательных для самостоятельного осуществления прав и обязанностей, несения ответственности и т. п. Такие расстройства осваиваются правом в категориях невменяемости, недееспособности и некоторых других.

Соответственно *предметом* исследования судебного психолога-эксперта выступают *закономерности и особенности структуры и протекания психических процессов (психической деятельности), имеющие юридическое значение и влекущие определенные правовые последствия*.

В этом определении подчеркнуто, что предметом экспертного исследования психолога являются особенности функционирования психической деятельности человека в юридически значимых ситуациях, независимо от того, являются ли они патологическими или непатологическими (возрастными, личностными, эмоциональными), и четко указана конечная цель, ради достижения которой они исследуются. Суд интересует не собственно диагностика особенностей психики человека, и это

хотелось бы особо подчеркнуть, его интересует наличие или отсутствие у этих особенностей таких свойств, которые определяют их юридическую значимость. Это отражено в праве в качестве юридических критериев той или иной способности подэкспертного лица или иных правовых категорий. В КСППЭ обвиняемых, как подчеркивает О.Д. Ситковская, системообразующее значение приобретают понятие способности к осознанно-волевому поведению, наличие или отсутствие этой способности в каждом конкретном случае совершения общественно опасного деяния, свойства и состояния человека, влияющие на эту способность. Такое понимание предмета экспертного исследования обвиняемых позволяет психологу в рамках КСППЭ использовать дифференцированные экспертные оценки способности подэкспертного к осознанию и произвольной регуляции криминального поведения в отношении не только психически здоровых, но и в отношении лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (аффект на патологической почве, ограниченная вменяемость).

Теперь перейдем ***к проблеме специальных познаний*** в психологии.

Обобщенное определение специальных познаний в отечественном уголовном праве дано В.Н. Маховым: «Специальные знания в… уголовном п роцессе – это знания, присущие различным ви дам профессиональной деятельности, за исключением знаний, являющихся профессиональными для следователя и судьи, используемые при расследовании преступлений и рассмотрении уголовных дел в суде в целях содействия установлению истины по делу в случаях, формах и порядке, определенных уголовно-процессуальным законодательством». По мнению Т.В. Сахновой, «специальные знания – это всегда научные знания неправового характера, сопровождаемые адекватными (признанными) прикладными методиками, используемые для достижения определенных юридических целей», они должны «быть обособленными от других способов и средств осуществления процессуальной деятельности, в том числе связанных с судебным познанием».

Отталкиваясь от этих формулировок, проанализируем специальные познания в психологии, необходимые для проведения судебной экспертизы. Во-первых, это должны быть знания относительно сущности предмета исследования судебного эксперта-психолога, и их особенностью является то, что они не выступают как чисто теоретические – достижения теории психологии и различные методические средства психодиагностики и психологического анализа объекта

исследования должны быть научно обоснованными, внедренными в практику и составлять часть профессионального опыта. Такое ограничение связано с тем обстоятельством, что в современной научной психологии существует множество общепсихологических и более специализированных теорий и концепций (одно их перечисление заняло бы объем настоящей главы), эклектичное и некритичное применение которых не позволило бы использовать заключения психолога-эксперта в целях установления истины по делу. Так, по одному и тому же делу психоаналитическая трактовка глубинных бессознательных механизмов преступных действий и бихевиористская интерпретация поведения в рамках парадигмы «стимул-реакция» мало совместимы друг с другом и не согласуются с общими представлениями о человеке в отечественном уголовном праве.

Подчеркнем, что научные положения и методы исследования, применяемые экспертом-психологом, должны быть апробированы именно в экспертной практике, поскольку научно обоснованные теории и методы, используемые в одной области прикладной психологии (к примеру, тот же психоанализ в психотерапии), не всегда могут быть адекватно применены в другой.

Во-вторых, специальные знания (познания) эксперта-психолога должны быть профессиональными психологическими, полученными в результате специальной подготовки (образования), и не пересекаться с юридическими знаниями: дело в том, что некоторые понятия, такие как личность, мотивы и др., являются объектом рассмотрения и в рамках уголовного права. Так, некоторые юридически значимые мотивы, согласно действующему уголовному законодательству, введены в состав преступления как его элементы или выступают в качестве квалифицирующего обстоятельства. Поэтому важно дифференцировать психологический и юридический подходы к некоторым психологическим закономерностям душевной жизни человека – специальные психологические знания нельзя идентифицировать с профессиональными знаниями следователя и судьи, они неотделимы от базовой психологической науки.

Таким образом, можно сформулировать *специальные познания (знания)* эксперта-психолога как *психологические теоретические и методологические знания о закономерностях и особенностях протекания и структуры психической деятельности человека, имеющих юридическое значение; знания, полученные в результате специальной профессиональной психологической подготовки и внедренные в практику судебной экспертизы, которые используются при расследовании преступлений и рассмотрении уголовных дел в суде в целях содействия установлению истины по*

делу по основаниям и в порядке, определенном уголовно-процессуальным законодательством.

Определение специальных познаний психолога, используемых в судебной экспертизе, дает возможность более четко очертить и сферу его профессиональной компетенции. Включение в определение специальных познаний предмета исследования судебно-психологической экспертизы позволяет четко отделить именно на предметном уровне профессиональную компетенцию эксперта-психолога от профессиональной компетенции судебного психиатра, с одной стороны, и от компетенции следователей и судей – с другой.

Данное определение специальных познаний эксперта-психолога не дает оснований разграничивать пределы его компетенции при участии в разных видах судебной экспертизы: судебно-психологической и комплексной психолого-психиатрической.

По объему специальные познания судебного эксперта-психолога включают профессиональные знания прежде всего в областях общей (в узком смысле), клинической, возрастной (особенно детской и подростковой), социальной психологии, психодиагностики, а также знания психологических аспектов виктимологии, суицидологии, сексологии, наркологии, криминологии. Кроме того, в них входят основы таких дисциплин, как судебная психиатрия, уголовное и уголовно-процессуальное право, теория и методология судебно-психологической и психолого-психиатрической экспертизы. Дальнейшее развитие судебно-психологи-ческой комплексной психолого-психиатрической экспертизы, подразумевающее использование психологических знаний и в гражданском процессе, будет требовать включения в объем специальных познаний так же основ теории гражданского и гражданского процессуального права.

К структурной организации специальных познаний судебного эксперта-психолога мы еще вернемся при обсуждении методологических проблем КСППЭ, а пока обратимся к содержательной их характеристике.

Как видно из определения, специальные познания судебного эксперта-психолога – это знания прежде всего психологические, центральным звеном которых в рамках КСППЭ являются знания в области медицинской (клинической) психологии. Однако адаптация психологических знаний к процессу судопроизводства требует расширения общетеоретических дисциплин за счет как правовых наук, так и смежных областей знаний, используемых не только в комплексных, но и в однородных судебно-

психологических экспертных исследованиях. Таким образом, выявляется *закономерность многопредметного формирования и развития судебно-экспертного применения специальных познаний в психологии* в рамках однородной судебно-психологической экспертизы и КСППЭ.

С позиций судебной экспертологии справедливо будет полагать, что и специальные познания в судебной психиатрии должны включать в себя не только медицинские науки, но и основы психологии – в первую очередь в силу необходимости решать не только диагностические вопросы (медицинский критерий), но и экспертные, связанные с анализом механизмов и мотивации поведения (юридический критерий) подэкспертных лиц. В противном случае мы будем вынуждены признать, что познания в судебной психиатрии перестают отличаться от познаний в общей психиатрии и что КСППЭ тогда может проводить любой общий психиатр (если его деятельность будет ограничена только диагностикой психопатологии) во взаимодействии с судебным психологом, который и должен будет самостоятельно решать не только вопросы, традиционно входящие в круг его компетенции, но и вопросы вменяемости-невменяемости.

Процесс применения специальных судебно-психологических познаний заключается в идентификации «экспертных понятий» на основании использования определенных методов – герменевтических и экспериментальных. О методах судебно-психологического экспертного исследования мы поговорим позже, при обсуждении методологии КСППЭ[6]. Сейчас перед нами основной вопрос – что же такое ***«экспертные» понятия***?

Специальные познания судебного эксперта-психолога, как было сказано выше, не могут непосредственно переносить общепсихологические теоретические представления о различных психических явлениях в практику экспертизы. Необходимость трансформации данных общей психологии в судебно-психологической экспертизе и КСППЭ, вытекающая из метода сравнительного экспертоведения, особенно актуальна при анализе «экспертных» судебно-психологических понятий в разных видах экспертизы обвиняемых.

Предложение выделить «экспертные понятия» в рамках теории КСППЭ впервые прозвучало в работах А.Н. Лавриновича и А.С. Голева, это направление получило развитие в трудах М.М. Коченова, О.Д. Ситковской, И.А. Кудрявцева и др.

«Экспертные» судебно-психологические понятия занимают как бы промежуточное положение между общепсихологическими представлениями и юридическими терминами. Они не могут быть

заимствованы в неизменном виде из теории психологии, поскольку связь судебно-психологической экспертизы с общей психологией всегда опосредована: общепсихологические понятия не содержат никакой информации об их юридической значимости, о том, какие правовые последствия могут проистекать из их диагностики. Как справедливо отмечает Л.В. Алексеева, «кроме решения экспертом проблемы идентификации эмоционального состояния, необходимо диагностировать существенность его влияния на функционирование сознания и проявление поведения». Так, констатация «фрустрации» или «стресса» у обвиняемого в убийстве ничего не будет говорить о возможности правовой квалификации его преступления, если мы не выделим такие качества данных эмоциональных состояний, которые могли бы быть идентифицированы с определенными элементами состава преступления, в соответствии с уголовным законодательством. Категория «личности» значима для уголовного права лишь в контексте уяснения ее влияния на осознанно-волевое поведение. Понятие «психическое расстройство» иррелевантно для правовой оценки, если эксперты не укажут на такие его свойства, которые нарушают или ограничивают способность обвиняемого осознавать свои действия или руководить ими.

В то же время «экспертные» судебно-психологические понятия нельзя признать и полностью правовыми – они носят междисциплинарный характер. Следует согласиться с положением, выдвинутым М.М. Коченовым, что теория судебно-психологической экспертизы имеет дело с психологическим содержанием некоторых юридических понятий, «описывающих поведение людей и его внутренние механизмы, фиксирующих временные психические состояния, изменения сознания под влиянием различных факторов». Это юридические критерии, которые, являясь уголовно-правовыми нормами, сформулированы в психологических понятиях, раскрывающих наиболее интегративные, обобщенные особенности отражения окружающего мира и регуляции поведения.

Таким образом, *юридическое значение имеют не диагностируемые экспертом общепсихологические явления, а «экспертные» понятия*. Анализ «экспертных» судебно-психологических понятий подводит нас к двум основным проблемам.

Во-первых, необходимо уяснить, каким же образом общепсихологические понятия трансформируются в «экспертные» в зависимости от юридического значения их судебно-психологической оценки в отдельных предметных видах

экспертизы. О.Д. Ситковской рассматриваются следующие виды адаптации общепсихологических категорий к судебно-психологической экспертизе:

– через введение «понятия-ограничителя», устанавливающего более узкий круг случаев использования понятия, чем тот, на который оно распространяется (например, понятие «личность обвиняемого»);

– через выделение только тех случаев, охватываемых общепсихологическим понятием, которые имеют уголовно-правовое значение (так, из всего многообразия аффектов экспертизу обвиняемых интересуют аффекты гнева и страха);

– через выделение тех характеристик общепсихологического понятия, которые имеют юридическое значение (эксперт изучает те свойства аффекта, которые могут быть не акцентированы в общей психологии);

– через углубление смысла понятия по сравнению с общепсихологическим его пониманием в силу того, что значимыми оказываются те стороны предмета исследования, которые для общей психологии не актуальны. Этот пункт представляется особенно важным, поскольку в других случаях имеет смысл говорить скорее об адаптации общепсихологических понятий, а в данной ситуации речь идет о подлинной «трансформации»;

– через соотнесение с определенными «нормами» регуляции поведения, задаваемыми уголовным правом, что приводит к выделению дихотомических противоположных категорий (типа «способность или неспособность к осознанно-волевому поведению в уголовно-релевантной ситуации»).

Продуктивной для понимания процесса трансформации общепсихологических понятий в «экспертные» представляется идея О.Д. Ситковской о «многоступенчатости» судебно-психологических категорий, которую она трактует как многоуровневость самих общепсихологических понятий (так, «личность» может раскрываться через свойства, состояния, мотивы, цели и пр.). Признавая справедливость этого положения, необходимо отметить, что и сами экспертные понятия образуют по отношению к общепсихологическим определенную «ступень» и, что самое главное, экспертные понятия судебной психологии могут обладать собственно многоуровневостью: некоторые общие экспертные категории опираются на «промежуточные» экспертные понятия, не сводимые к общепсихологическим.

Во-вторых, учитывая все возрастающую потребность судопроизводства в комплексировании усилий психологов и психиатров при производстве экспертизы, необходимо

разграничить специфику «экспертных» психологических и психиатрических понятий. Эта проблема стала четко обозначаться после введения в действие нового УК РФ, предусматривающего более дифференцированную оценку влияния психического расстройства обвиняемого на возможность осознавать свои действия и осуществлять их произвольную регуляцию (ст. 22 УК РФ и др.).

Рассмотрим основные «экспертные» понятия, используемые при экспертизе обвиняемых.

1. КСППЭ аффекта

Юридическое значение экспертизы аффекта обвиняемого определяется возможностью квалификации судом ст. 107 УК РФ («Убийство, совершенное в состоянии аффекта») и ст. 113 УК РФ («Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта»). Юридическая квалификация указанных статей возможна при экспертном установлении аффекта (внезапно возникшего сильного душевного волнения) у подэкспертного в момент совершения инкриминируемого ему деяния и наличии таких юридически значимых признаков, как умышленное совершение преступления, а также спровоцированность возникновения аффекта (сильного душевного волнения) насилием, издевательством, тяжким оскорблением либо иными противоправными или аморальными действиями потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с противоправным или аморальным поведением потерпевшего.

Необходимо заметить, что указанные статьи УК РФ являются «привилегированными», срок наказания в них ограничен тремя и двумя годами соответственно. В Комментариях к УК РФ указывается, что в состоянии аффекта способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, а также руководить ими в значительной мере понижена. Это является одним из оснований для признания совершенного в таком состоянии преступления менее общественно опасным, чем преступление, «совершенное при спокойном состоянии психики». Это же свойство аффекта отмечают практически все судебные психологи. Таким образом, «аффект» (по тексту УК РФ являющийся синонимом «внезапно возникшего сильного душевного волнения») как квалифицирующий признак преступления является правовым понятием, наполненным определенным психологическим содержанием. Иными словами,

это судебно-психологическое экспертное понятие, охватывающее ряд юридически значимых эмоциональных реакций и состояний, ограничивающих способность обвиняемого к полноценному осознанию окружающей действительности и своих действий, к произвольной волевой регуляции своего поведения в момент совершения инкриминируемого ему деяния.

Такое понимание аффекта как правового понятия и лежит, по всей видимости, в основе того, что значительную часть преступлений суды квалифицируют как совершенные в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения, не прибегая к услугам КСППЭ или судебно-психологической экспертизы.

Проанализируем соотношение экспертного понятия «аффект» с кругом эмоциональных состояний, исследованных в общей психологии.

Прежде всего рассмотрим аффекты как один из трех видов эмоциональных переживаний наряду с эмоциями и чувствами. Использование одного и того же термина в двух разных значениях – общепсихологическом и правовом – создает известную путаницу, и, видимо, следует согласиться с мнением Л.В. Алексеевой, что было бы целесообразно оставить в текстах ст. ст. 107 и 113 УК РФ только термин «сильное душевное волнение». Не различая двух планов анализа понятия «аффект», можно впасть в крайность, полагая, что аффект, являющийся квалифицирующим признаком преступлений по ст. 107 и ст. 113 УК РФ, – это только общепсихологическое понятие. Есть опасность ограничить его понимание определениями отдельных известных психологов и на этом основании отказываться расценивать как «внезапно возникшее сильное душевное волнение» юридически значимые эмоциональные реакции и состояния, которые отличаются от физиологического аффекта феноменологически, но тем не менее не уступают ему (а нередко и превосходят) по степени выраженности нарушений сознания и произвольной регуляции своих действий.

Основанием для выделения аффектов в общей психологии является, как отмечал А.Н. Леонтьев, их дифференциация с собственно эмоциями «по своей функции, по способу, каким осуществляется регуляция, регулирование деятельности». Для практики же КСППЭ основное значение имеют количественные характеристики эмоциональной реакции.

Сопоставление аффектов и эмоций показывает как сходство, так и различие этих понятий. С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, В.К. Вилюнас отмечают, что аффекты отличаются от эмоций большей силой и относительной кратковременностью, однако А.Н. Леонтьев подчеркивает, что эти признаки не являются

решающими при отграничении аффектов от эмоций: «эмоции вовсе не отличаются от аффектов меньшей силой или меньшими эффектами», существуют отличия гораздо более существенные, «чем отличие, которое обычно приводится (по силе, остроте переживания)».

Более существенные – это в первую очередь функциональные различия.

И аффекты, и эмоции – ситуационные переживания в отличие от чувств. Только эмоции отражают оценку возможной или текущей ситуации, а аффекты являются ответной реакцией на уже наступившую ситуацию, чаще всего неожиданную для субъекта, опасную или психотравмирующую. При этом происходит переоценка значимости этой ситуации.

А.Н. Леонтьев отмечает, что эмоции воспринимаются человеком как состояния своего Я, а аффекты являются состояниями, возникающими помимо его воли: «аффекты всегда выступают не как то, что является моим, а как то, что происходит со мной». Это вызывает определенное отношение субъекта к аффекту. Могут возникать разнообразные аффективно-эмоциональные сплавы, когда аффект становится источником эмоций: положительный аффект способен вызвать отрицательные эмоциональные переживания, преодоление аффекта – положительные. Аффекты, по А.Н. Леонтьеву, как объекты субъективного отношения, могут стать и объектом самоуправления: изживания, преодоления, отвлечения, замещения. Я.Рейковский различает «состояние сильного эмоционального возбуждения – аффекта (страх, гнев, радость), при котором еще сохраняются ориентация и контроль, и состояние крайнего возбуждения, описываемое такими словами, как «паника», «ужас», «бешенство», «экстаз», «полное отчаяние», когда ориентация и контроль практически невозможны».

Обычно подчеркивают «мобилизующую» и «дезорганизующую» функции аффектов. Но с точки зрения места аффекта в общей структуре деятельности основной ее функцией, как пишет А.Н. Леонтьев, является «следообразование». По его словам, «это функция особого рода, которая выражается в том, что аффект накапливается, складывается, фиксируется в виде аффективного знака объектов и ситуаций, при этом фиксируется очень быстро (не нужно повторений)». Эти следы традиционно, вслед за К. Юнгом, называют «аффективными комплексами», которые можно выявлять экспериментальным путем. Вам, как специалистам, наверняка известны экспериментальные исследования А.Н. Леонтьева и А.Р. Лурии. Таким образом, хотя аффекты возникают постфактум (по отношению к аффектогенным

ситуациям), они опережают последующий опыт через повышение бдительности к возможному повторению ситуации и оберегают от возможного попадания в эти ситуации.

С предыдущей функцией тесно связаны еще два свойства аффектов, выделяемые А.Н. Леонтьевым: их способность к кумуляции и канализации. При каждом повторении аффектогенной ситуации соответствующий аффект увеличивается, но в определенных ситуациях аффективные следы могут «изживаться» спонтанно (катарсис) или под воздействием терапевтических процедур (психоанализ).

Аффекты в общей психологии рассматриваются как «личностные» образования, не обязательно связанные с биологическими инстинктами и потребностями. Они могут быть вызваны биологическими отношениями, как это показано В.К. Вилюнасом, но, по мнению А.Н. Леонтьева, «неверно положение, что только в этих отношениях аффекты и существуют». Поэтому их нельзя рассматривать только как биологический тип регуляции, протекающий вне рамок личностного уровня регуляции.

К аффектам можно отнести эмоциональные состояния разной модальности, внезапно «овладевающие» субъектом в определенных ситуациях. Это могут быть и отрицательно окрашенные острые эмоциональные переживания (гнев, ярость, страх и др.), и положительно окрашенные (восторг, сильная радость и пр.). Круг аффективных состояний чрезвычайно широк. А.Н. Леонтьев иллюстрирует закономерности аффективных явлений через разнообразные примеры: встречу невооруженного охотника с медведем, поведение солдат перед битвой под Бородино в изложении Л. Толстого, стартовый аффект у спортсмена-парашютиста, дезорганизацию поведения в состоянии сильной радости, убийство из-за унижения мужского достоинства в стереотипных представлениях данного социального окружения. КСППЭ интересует более узкий диапазон аффектов – в основном отрицательно окрашенных, вызванных противоправными или аморальными действиями других людей.

Выделяют «стеническую» (приводящую к агрессии) и «астеническую» (обусловливающую страх, бегство, оцепенение) формы аффектов.

Очевидно, что для КСППЭ обвиняемых имеют юридическое значение только первые из них, тогда как «астенические» аффекты учитываются при оценке беспомощного состояния потерпевших.

Обязательным компонентом аффектов, рассматриваемых в общей психологии, является внезапность их возникновения.

Многие отрицательно окрашенные стенические аффекты носят взрывной характер и могут ограничивать сознательный волевой контроль своих действий.

Однако аффективный взрыв не является обязательным признаком всех аффектов, поэтому в определениях аффектов, данных А.Н. Леонтьевым и В.К. Вилюнасом, этот признак не выделяется. Надо сказать, что некоторые специалисты неоправданно идентифицируют понятия «внезапность» и «взрывной характер» эмоциональной реакции. Субъективная внезапность означает неожиданный для самого человека переход эмоционального процесса на качественно иной уровень и не обязательно сопровождается эмоциональным взрывом. В свою очередь, взрывной характер эмоционального возбуждения человека не означает, что для него это возбуждение наступает субъективно внезапно, оно может быть следствием «самовзвинчивания» или «самопопустительства».

Таким образом, аффекты (как понятия общепсихологические, а не экспертные) – это внезапно возникающие интенсивные и относительно кратковременные эмоциональные переживания различной модальности, наступающие вследствие определенных аффектогенных ситуаций, они обладают количественными и качественными отличиями от собственно эмоций и в зависимости от их интенсивности могут ограничивать свободу «волеизъявления» человека при совершении конкретных действий.

Это свойство части аффектов и нашло отражение во введенном в плоскость теории и практики судебно-психологической экспертизы термине «физиологический аффект» – экспертном понятии, которое описывает типичную феноменологию эмоциональной реакции, обладающую определенными облигатными диагностическими признаками. Позднее был выделен и «кумулятивный» вариант «физиологического аффек та».

Соотношение общепсихологического понятия аффекта и аффекта как внезапно возникшего сильного душевного волнения, имеющего уголовно-правовое значение, иллюстрирует табл. 1.

Таблица 1

Соотношение общепсихологического и уголовно-правового понятий «аффекта»

Сравниваемые характеристики	Аффект (в общей психологии)	Аффект — внезапно возникшее сильное душевное волнение
Основание выделения понятия	Дифференциация с эмоциями по функции и способу регуляции деятельности	Дифференциация с эмоциями по интенсивности и степени дизрегуляции поведения
Модальность	Широкий диапазон от положительно окрашенных до отрицательно окрашенных	Узкий круг отрицательно окрашенных переживаний (гнев, ярость)
Формы выражения в поведении	Стенические (чрезмерная двигательная активность) и астенические (оцепенение)	Только стенические
Свойства	Внезапность возникновения	Внезапность возникновения
	Реакция на уже наступившую ситуацию (широкий круг аффектогенных ситуаций)	Реакция на противоправные или аморальные действия потерпевшего или связанную с ними длительную психотравмирующую ситуацию
	Возникновение помимо воли субъекта	Возникновение помимо воли субъекта
	–	Трехфазность динамики
	Возможность саморегуляции большого круга аффектов	Ограничение способности к адекватному отражению («частичное сужение сознания») и саморегуляции («дезорганизация»)
Функции	Следообразование	Следообразование (в длительной психотравмирующей ситуации)
	Дезорганизация	Дезорганизация
	Мобилизация	Мобилизация
	Аккумуляция	Аккумуляция
	Канализация	–

Кроме аффектов (в общепсихологическом смысле), таким же свойством деструктивного воздействия на сознание и поведение, а следовательно, и соотносимостью с понятиями «сильного душевного волнения» и «внезапно возникшего сильного душевного волнения» могут обладать и иные эмоциональные состояния, в первую очередь стресс, фрустрация, конфликт, – об этом писали М.М. Коченов, В.В. Мельник, В.В. Романов, Л.В. Алексеева.

Как отмечает М.М. Коченов, «психологическими доказательствами внезапно возникшего сильного душевного волнения… могут служить и состояния, не укладывающиеся в

строгие рамки понятия аффекта». Такие эмоциональные состояния включают в себя выраженное «эмоциональное напряжение».

Напряжение является существенной характеристикой любого эмоционального процесса. Особо важно рассмотреть соотношение напряжения (или напряженности) с разнообразными психическими состояниями. Дело в том, что в современной психологии описано множество таких состояний (стресс, конфликт, кризис, фрустрация), в структуре которых в той или иной мере проявляется, по терминологии Л.В. Куликова, тензионная (от англ. *tension* – напряжение) характеристика, вместе с тем ряд исследователей (Наенко Н.И., Немчин Т.А.) выделяют «напряжение» как самостоятельное психическое состояние. Особо часто напряжение идентифицируют с понятием стресса или отмечают близость этих понятий, хотя Г. Селье отмечал, что стресс – это не просто нервное напряжение. В целом напряжение является важной характеристикой разнообразных психических состояний, и именно в этом смысле, а не как отдельное психическое состояние, это понятие может быть использовано в экспертном исследовании. Экспертное понятие эмоционального напряжения, таким образом, является в какой-то мере абстракцией, обобщающей наиболее существенные для экспертного психологического исследования свойства разных психических состояний, описанных в общей психологии: стресса, фрустрации, конфликта и др.

Так же как и аффекты, стресс, фрустрация, конфликт могут достигать разной степени выраженности, и в ряде случаев глубина частичного сужения сознания и нарушения регуляции поведения при этих эмоциональных состояниях достигает такого же уровня (а иногда и превосходит этот уровень), что и при аффектах, как это показано в работах М.М. Коченова, В.В. Мельника, В.В. Романова, Н.А. Ратиновой.

В реальной жизни эти состояния часто сосуществуют в динамике целостного эмоционального переживания. Так, длительный стресс на стадии адаптации вызывает глубокий внутриличностный конфликт и может сопровождаться попытками человека совладать с психотравмирующей ситуацией. Если эти действия не изменяют ситуацию, то субъект, не достигая своих целей, на фоне стресса испытывает фрустрацию. Фрустрация, в свою очередь, интенсифицирует стрессовое состояние, усугубляет субъективно переживаемый конфликт, что может завершиться аффективной разрядкой накопленной эмоциональной напряженности.

Таким образом, экспертологический методологический

анализ позволяет прийти к выводу, что «аффект» («внезапно возникшее сильное душевное волнение») как экспертное понятие может быть квалифицирован у обвиняемых, чье эмоциональное состояние можно описать через общепсихологические понятия «аффекты», «стрессы», «фрустрации» и, возможно, некоторые другие. *Необходимым условием такой квалификации* является определение того, что эти состояния:

а) развиваются субъективно внезапно и имеют четкую трехфазную структуру динамики;

б) возникают в ответ на психотравмирующее воздействие, связанное с действиями потерпевшего, или вследствие длительной психотравмирующей ситуации, связанной с поведением потерпевшего;

в) на высоте развития резко ограничивают способность к осознанно-волевой регуляции поведения[7].

Таким образом, можно сделать вывод, что понятие «аффект (внезапно возникшее сильное душевное волнение)» является экспертным понятием, имеющим двухступенчатую структуру.

Родовым является понятие «аффект» как внезапно возникшее сильное душевное волнение, а его видовыми разновидностями (промежуточными экспертными понятиями) – следующие категории:

1. «Физиологический аффект» как общепсихологический аффект, развивающийся непосредственно в ответ на единичное психотравмирующее воздействие.

2. «Кумулятивный аффект» как общепсихологический аффект, возникающий на фоне длительного стресса, сопровождающегося внутриличностным конфликтом и состояниями фрустрации вследствие неудачных стратегий совладающего (копинг) поведения, в условиях длительной психотравмирующей ситуации.

3. «Выраженное эмоциональное напряжение, оказывающее существенное влияние на поведение» как очень интенсивный стресс на стадии истощения (по модели Г. Селье), который в силу определенной констелляции личностных особенностей и длительной психотравмирующей ситуации не находит разрядки в реакции возбуждения, но тем не менее возникает внезапно. На высоте своего развития оно вызывает частичное сужение сознания и соответственно ограничение возможности осознанно и произвольно регулировать свои действия, которые не уступают по своей выраженности сужению сознания и нарушениям регуляции поведения при физиологическом и кумулятивном аффектах.

2. КСППЭ индивидуально-психологических особенностей

Юридическое значение экспертизы личности заключается прежде всего в том, что она дает возможность суду решать вопрос об индивидуализации уголовной ответственности и наказания. Научно обоснованная оценка личности может выступать в качестве предпосылок установления обстоятельств, влияющих на степень и характер ответственности, в первую очередь – смягчающих обстоятельств (ч. 2 ст. 61 УК РФ), а также способствовать правильному решению вопроса о назначении вида наказания (ч. 3 ст. 60 УК РФ). Однако сама по себе оценка ценностной, мотивационной, характерологической сфер личности, психофизиологических особенностей, диагностика других ее свойств не могут повлечь за собой каких-либо значимых для судебного решения последствий. Как отмечает О.Д. Ситковская, экспертной оценке должны подвергаться уголовно-релевантные индивидуально-психологические особенности. При судебной оценке конкретного преступления в качестве значимых для индивидуализации уголовной ответственности и наказания свойств личности могут выступать такие, которые в момент совершения инкриминируемого ему деяния ограничивают способность обвиняемого к смысловой оценке и волевому контролю своих противоправных поступков, т. е. снижают возможность осознавать значение своих действий или осуществлять их произвольную регуляцию.

В экспертизе такое влияние личности на поступок освоено через экспертное понятие «***существенное влияние индивидуально-психологических особенностей на поведение***». Следует подчеркнуть, что простое отражение в поведении человека его особенностей нельзя смешивать с существенным их влиянием, так как они не приводят к нарушениям осознания и регуляции действий, а только оформляют поведение, определяют способы достижения цели.

Индивидуально-психологические особенности – это собирательное экспертное понятие, включающее такие общепсихологические категории, как ценности личности, направленность, социальные установки, особенности мотивационной, волевой, эмоциональной сфер, черты личности, характер, темперамент, уровень психического развития, когнитивные особенности, стереотипы поведения и эмоционального реагирования, и т. п.

3. КСППЭ «ограниченной вменяемости»

Несмотря на то что экспертное понятие сформулировано в ст.

22 УК РФ, казалось бы, явно как «*психическое расстройство, не исключающее вменяемости, ограничивающее способность обвиняемого в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими в момент совершения преступления*», оно требует экспертологического методологического анализа.

Констатация наличия у обвиняемого любого психического расстройства нейтральна по отношению к задачам судопроизводства до тех пор, пока не будет дана экспертная оценка не только медицинского, но и юридического критерия.

В качестве юридического критерия может выступать квалификация полной или ограниченной способности, а также неспособности обвиняемого с психическим расстройством осознавать свои действия или руководить ими. В целом данный критерий, по мнению С.Н. Шишкова, отражает *способность быть субъектом уголовной ответственности*.

В ст. 22 УК РФ с психическими аномалиями связываются не только дифференцированный подход при назначении наказания, но и возможность назначения принудительных мер медицинского характера. Лицам, страдающим психическим расстройством, не исключающим вменяемости (ч. 1 ст. 97 УК РФ), может быть назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ч. 2 ст. 99 УК РФ) «только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя и окружающих» (ч. 2 ст. 97 УК РФ). Традиционно юридически значимое качество психической аномалии, требующее принудительного лечения, обозначают как «общественную опасность». В то же время, как отмечает В.П. Котов, несмотря на то что цель применения принудительных мер медицинского характера сформулирована в УК РФ одинаково и для невменяемых лиц, и для лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (согласно ст. 98 УК РФ, этой целью являются излечение или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний), по существу эти принудительные меры принципиально различаются. Деяния вменяемых (пусть и ограниченно вменяемых) лиц трактуются как преступления, а с целью предотвращения их повторения к ним применяется наказание. Поэтому, по мнению В.П. Котова и других авторов, уместнее в этом случае говорить о том, что оказание лечебной помощи должно «способствовать достижению целей наказания». Этот юридический критерий отражает уже не способность обвиняемого быть субъектом уголовной ответственности (хотя предполагает

наличие этой способности), а, как писали мы с С.Н. Шишковым, *способность быть субъектом отбывания наказания*.

Таким образом, правовые последствия ограниченной вменяемости являются сложными, состоящими из двух элементов – способности быть субъектом уголовной ответственности и субъектом отбывания наказания. Это ставит задачу выделения и двух «экспертных» понятий, которые отражали бы два аспекта уголовно-правовой значимости общепсихиатрической категории «психическое расстройство».

3.1. Психическое расстройство как обстоятельство, смягчающее ответственность. Выделение в качестве одного из обстоятельств, смягчающих ответственность, психических расстройств, а не ограниченной вменяемости обусловлено тем, что смягчать ответственность может только фактическое обстоятельство, а не юридическое понятие, каковым является ограниченная вменяемость. Не всякую психическую аномалию нужно рассматривать как смягчающую ответственность обстоятельство. Во всех случаях нужно четко и однозначно ответить на вопрос: почему психическое нарушение способно влиять на ответственность в сторону ее смягчения? От ответа на этот вопрос и будут зависеть критерии экспертной оценки психических расстройств. Возможны два варианта оценки влияния психического расстройства на криминальное поведение.

1. Психическое расстройство как обстоятельство, затрудняющее (ограничивающее) в полной мере способность к осознанию (пониманию) окружающей действительности и значения своих действий. Этот критерий в правовой литературе называют «интеллектуальным», но по объему понятие осознания значения своих действий шире понимания (рефлексии) своего поведения в мысленном плане: сознание – это отношение к миру со знанием его объективных закономерностей. Оно включает в себя, таким образом, категорию активности и охватывает ценностный аспект, соотнесение своих действий с нравственными, этическими категориями, отражение смысловой оценки своих действий. Следовательно, нарушение способности к осознанию значения своих действий как нарушение сознания и самосознания может быть следствием аномалий в личностной, эмоциональной, мотивационной сферах.

2. Психическое расстройство как обстоятельство, затрудняющее (ограничивающее) возможность (способность) полноценно регулировать свои действия, осуществлять их произвольный волевой контроль. Ограничение способности осознавать значение своих действий вследствие психических расстройств однозначно влечет за собой и ограничение

способности к полноценной регуляции этих же действий. Сознание (и самосознание), являясь высшей формой отражения действительности, тем самым выступает и как регулятор поведения человека – действия человека постольку целесообразны и целенаправленны, поскольку их средства и способы мотивируются поставленной им перед собой целью (идеально представляемым результатом деятельности), которая формируется именно при осознании действительности. Однако возможны и такие варианты влияния психических аномалий на деятельность человека, при которых на фоне достаточно полного осознания окружающей действительности и значения своих действий происходит ограничение регуляторных возможностей – когда то или иное психическое расстройство в конкретной ситуации выступает как обстоятельство, затрудняющее способность субъекта полноценно регулировать свое поведение, осуществлять произвольный волевой контроль своих действий.

Чаще всего ограничение данной способности является следствием расстройств мотивации в ситуации правонарушения.

При рассмотрении проблемы психических расстройств, ограничивающих способность субъекта к осознанно-волевому поведению, следует учесть три важных момента.

Во-первых, наличие у субъекта преступления психического расстройства не означает неизбежности его влияния на преступное поведение в виде ограничения способности к осознанию и руководству своих действий.

Во-вторых, психическое расстройство может выступать в указанном качестве только при наличии у субъекта определенных личностных особенностей и по отношению к специфическим формам поведения. Так, определенные формы патологии полового влечения способны существенно влиять на сексуальные преступления и могут не иметь серьезного значения в генезе поведения при подделке документов.

В-третьих, влияние психического расстройства должно быть тем «элементом» в генезе совершения преступления, который действует помимо сознательной активности психически аномального лица. Если же психическая аномалия либо полностью «устранима», либо может быть «усилена» по воле субъекта, то ее наличие не должно влиять на уголовную ответственность в сторону смягчения. В качестве примера можно привести явления «самопопустительства» у психопатических личностей, когда субъект сознательно «утяжеляет» имеющиеся психические расстройства, а затем ссылается на них как на обстоятельство, требующее снисхождения.

Таким образом, главная особенность психического

расстройства обвиняемого, имеющая юридическое значение, – это *нарушение процесса личностной регуляции поведения*. Она приобретает юридическое значение потому, что само психическое расстройство в данном случае рассматривается как элемент механизма преступного поведения, подлежащий учету в рамках уголовного права.

3.2. Психическое расстройство как обстоятельство, влияющее на способность к отбыванию наказания и достижению его целей.

Еще одно правовое опосредование психических расстройств у лица, совершившего преступление, связано с другими правовыми последствиями. Психические аномалии, существующие у осужденного в период отбывания наказания, могут затруднять сам процесс отбывания и достижение его целей – в первую очередь предупреждения повторных преступлений. Мы имеем в виду затруднения, существующие в обычных условиях исправительного учреждения, предъявляющих к психике осужденного достаточно суровые требования. Должный учет психических расстройств при отбывании наказания способен в значительной мере снизить эти затруднения и даже сделать исправительный процесс более легким (по сравнению со здоровыми осужденными). Поэтому и возникает необходимость применения лечебно-психокоррекци-онных мероприятий по отношению к таким осужденным: если в механизм преступного деяния значительный вклад внесло их психическое расстройство, то излечение или улучшение психического состояния может снизить вероятность повторения криминальных действий, совершаемых по аналогичным механизмам, тем самым способствуя предупреждению новых деяний (ст. 98 УК РФ).

Таким образом, наряду с ограничением способности к осознанно-волевой регуляции поведения у психического расстройства можно выделить еще одно юридически значимое качество – его *способность затруднять отбывание наказания и достижение его целей.* Одним из аспектов нарушений указанной способности является *повышенная общественная опасность, связанная с психическим расстройством.*

Относительная новизна нормы ограниченной вменяемости в настоящее время ставит множество проблем, требующих своего решения: от разработки клинико-психологических критериев ее экспертной оценки до поиска оптимальных организационных форм производства таких экспертиз. Остается неясным, является ли состояние «ограниченной вменяемости» предметом однородной судебно-психиатрической экспертизы или ее экспертная оценка достижима только в рамках психолого-

психиатрических исследований? Если верно последнее, то как разделить при этом компетенцию экспертов, обладающих специальными познаниями в психиатрии и психологии? Мы еще вернемся к обсуждению этих вопросов в лекции, посвященной КСПП ограниченной вменяемости[8], а сейчас, подытоживая исследование «экспертных» понятий в КСППЭ на основе принципов сравнительного экспертоведения, сделаем следующий вывод.

Таблица 2

Экспертные понятия в КСППЭ обвиняемого

Понятия базовой науки: психологии, психиатрии	Экспертное понятие	Юридическое значение
Аффект, стресс, фрустрация, конфликт и др.	*Аффект* (внезапно возникшее сильное душевное волнение)	При совокупности всех признаков преступления квалификация ст. 107 и ст. 113 УК РФ
	Промежуточные экспертные понятия: – *физиологический аффект* – *кумулятивный аффект* – *эмоциональное напряжение, оказывающее существенное влияние на сознание и поведение*	
Личность, характер, темперамент и др.	*Существенное влияние индивидуально-психологических особенностей на криминальное поведение*	Индивидуализация уголовной ответственности и наказания ст. 60 УК РФ
Психическое расстройство	*Психическое расстройство, ограничивающее способность осознавать значение криминальных действий или руководить ими*	ч. 1 ст. 22 УК РФ
	Психическое расстройство, повышающее общественную опасность	ч. 2 ст. 22 УК РФ ч. 2 ст. 97 УК РФ

Наиболее существенным и общим содержанием «экспертных» психологических и психиатрических понятий является *ограничение способности обвиняемого в полной мере осознавать общественную опасность и фактический характер своих действий либо руководить ими* (интеграция предмета судебно-психологической и судебно-психиатрической экспертизы). Однако ограничение этой способности у обвиняемого может быть *следствием как психопатологических, так и психологических (эмоциональных, личностных) факторов* (дифференциация специальных познаний в психологии и психиатрии). В идеальном

случае варианты такого ограничения показаны в табл. 2, хотя в реальной экспертной практике мы видим, что снижение способности к осознанию и регуляции преступного поведения во многих случаях бывает обусловлено совокупным влиянием психической аномалии, личностных особенностей, эмоционального состояния, нередко опосредуется алкогольной интоксикацией и социально-психологическими факторами, в первую очередь групповой динамикой, что ставит задачу выделения видов ограниченной вменяемости обвиняемых с учетом всех возможных детерминант мотивации их поведения.

Рекомендуемая литература

Винберг А.И., Малаховская Н.Т. Судебная экспертология. – Волгоград, 1979.

Котов В.П. Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия // Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия: Пособие для врачей. – М., 1998. – С. 13–44.

Коченов М.М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы: автореф. дис… д-ра психол. наук. – М., 1991.

Лавринович А.Н., Голев А.С. Экспертные понятия в практике судебной психолого-психиатрической экспертизы // Юридическая психология: Тез. докл. к VII съезду Общества психологов СССР. – М., 1989. – С. 43–44.

Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. – М., 2000.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М., 2003.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. – М.: Юрайт, 2014.

Ситковская О.Д. Психология уголовной ответственности. – М., 1998.

Шишков С.Н., Сафуанов Ф.С. Влияние психических аномалий на способность быть субъектом уголовной ответственности и субъектом отбывания наказания // Государство и право. – 1994. – № 2. – С. 82–90.

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Методологические проблемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы

Комплексное судебное психолого-психиатрическое исследование психического состояния обвиняемых в криминально-агрессивных действиях закономерно предполагает использование системного подхода, разработанного применительно к общей, клинической и судебной психологии в трудах П.К. Анохина, Н.А. Бернштейна, Б.В. Зейгарник, М.М. Коченова, В.П. Кузьмина, А.Н. Леонтьева, Б.Ф. Ломова, А.Р. Лурии, В.Н. Мясищева, Ю.Ф. Полякова, С.Л. Рубинштейна и др.

Однако провозглашение системного подхода как методологической основы КСППЭ создает немалые трудности при необходимости его операционализации. Главная опасность заключается в том, что использование системного подхода часто остается декларативным. Другое препятствие возникает в тех случаях, когда его применение ограничивается только рассмотрением системного строения самого исследуемого предмета, а сам процесс научного познания протекает традиционным способом или подменяется комплексным подходом, учитывающим достижения и методы исследования различных областей знания (например, психологии и психиатрии), которые тем не менее не образуют системной методологии. Современные теории системного подхода, особенно после работ П. Чекланда и С. Бирса, требуют качества системности не только от изучаемого явления, но и от самого процесса познания этого явления, рассматривают системность не только как свойство сложности «первого», исследуемого, уровня, но и как признак сложности «второго» уровня – системы «наблюдения».

Поэтому возникает необходимость конкретизации системного подхода в судебной экспертизе с применением психологических знаний. Поскольку исследование экспертных критериев неизбежно связано с выделением определенных «норм» судебно-экспертной психологической оценки психической деятельности подэкспертных лиц, проанализируем проблему нормы и патологии регуляции поведения.

Проблема нормы и патологии в судебно-психологической экспертной деятельности

В работах, посвященных философским и социологическим аспектам психического здоровья, выделяется несколько различных подходов к пониманию нормы. Так, можно рассматривать норму статистически – как «среднюю» величину, как «интервал». К. Саллер идентифицирует понятие нормы с «выражением типического», а А.А. Корольков, В.П. Петленко – с «нормативом», отражающим степень познанности объекта. С определенной точки зрения, по мнению Г.И. Царегородцева, перспективным является понимание нормы как «функционального» или «адаптивного» оптимума.

В судебной психиатрии и патопсихологии можно выделить три основных операциональных подхода к этой проблеме. Следует подчеркнуть, что они употребляются практически одновременно, только в разных ситуациях на первый план могут выступать те или иные элементы.

Первый подход можно обозначить как ***«измерительный»***. В предельном своем выражении такой подход приводит к пониманию различий между нормой и патологией как количественных. Это, к примеру, методологический принцип Э. Кречмера, рассматривающий различия между здоровьем и психическими заболеваниями как количественные. Согласно такому подходу, существует цепочка «нормальные характеры – акцентуированные характеры – психопатические характеры», и не случайно центральным становится не понятие «личности», а «характера», поскольку в психологии с измерительным подходом связывают в первую очередь инструментальные проявления – характер и темперамент. В судебной психиатрии – это так называемая *осевая* модель определения вменяемости-невменяемости, построенная по принципу измерения глубины психических расстройств и описанная С.Н. Шишковым.

Таким образом, одним из вариантов рассмотрения проблемы нормы и патологии в отношении свойств психики и регуляции поведения является понятие ***«количественной (статистической) нормы»***.

Другой подход можно обозначить как ***«оценочный»***. В крайнем своем выражении такой подход подразумевает душевное заболевание как социальную патологию, поскольку нормативное, адаптивное поведение предполагает социализацию, приспособление к окружающей действительности. Положение о том, что различие между нормой и патологией выступает как социальное, или оценочное, хорошо иллюстрирует история

становления взглядов на проблему психопатий. Широко известны попытки ввести термин «социопатия». В основе понимания психопатии как «анетопатии» также лежат социальные понятия: отсутствие совести, чувства любви, вины и т. д. В судебной психиатрии и психологии такой подход используется, например, при выборе вида принудительных мер медицинского характера, при оценке «социальной опасности» больных, совершивших общественно опасные действия. Итак, другим вариантом соотношения нормы и патологии психических особенностей человека является понятие ***«социальной нормы»***.

Третий подход к проблеме нормы и патологии – с позиций изучения ***структуры психики*** (структурно-динамических особенностей мотивационной, эмоциональной, волевой, смысловой сфер и т. д.). В центре внимания такого подхода оказываются различные аспекты психической деятельности, но все их объединяет понимание различий между нормой и патологией как различий в структуре психики, мотивации, поведения. Патология выступает как расстройство нормальной структуры психических функций, как системное нарушение. При таком подходе на первый план выходит ***«системно-структурная норма»***.

Итак, проблема нормы и патологии решается с помощью трех элементов: 1) через установление количественных изменений (измерительный подход), 2) через социальную оценку (оценочный подход) либо 3) через установление различий в системно-структурной организации психических процессов (объяснительный подход).

«Норма» с позиций уголовного права трактуется как норма регуляции поведения или лежащей в его основе психической деятельности. У разных подэкспертных данная норма наполняется определенным смысловым содержанием и выступает как норма регуляции криминального поведения у обвиняемых или как норма регуляции осознания поведения виновного и способности производить по отношению к нему особые действия у потерпевших и т. д. Именно сохранность у подэкспертных рассматриваемых норм и позволяет им быть полноценными участниками уголовного процесса. Иными словами, если не затрагивать онтологический и гносеологический аспекты проблемы нормы, то в практическом плане это понятие зафиксировано в уголовном праве в виде различных юридических критериев и экспертных понятий, сформулировано в психологических понятиях «способности» подэкспертных к тем или иным действиям, которая характеризует результирующие, наиболее обобщенные особенности отражения окружающего мира

и регуляции поведения. Необходимость выяснения степени влияния психической патологии на нормальную регуляцию поведения требует в первую очередь объяснительного подхода, системного анализа и экспертной оценки структуры психики.

В свою очередь, системно-структурный подход раскрывается через ряд других методологических принципов.

Уровневый анализ поведения и деятельности. Конечная цель исследования – анализ регуляции поведения подэкспертного лица – требует системного рассмотрения иерархической структуры регуляции поведения и деятельности. В современной психологии существует множество подходов к изучению мотивации поведения, но практически все включают такие этапы генеза мотивации, как формирование личности с определенной социальной ориентацией, системой ценностей; актуализация конкретно-ситуационного мотива (или системы мотивов); планирование и принятие решения (целеполагание); процесс реализации принятого решения, выбор способов достижения целей. На каждом этапе происходит субъективная оценка как функция самосознания, с одной стороны, и осознания окружающей действительности – с другой. На основе соотнесения этих оценок осуществляется личностный контроль формирования каждого этапа мотивации поведения, прогноз и – по принципу «обратной связи» – коррекция каждого иерархического звена формирования поведения. Соответственно уровневой организации поведения и деятельности необходимо рассматривать и иерархическую структуру личности. Можно выделить различные уровни интеграции личности, влияющие на отдельные звенья генеза мотивации.

Взаимодействие личностных и ситуационных факторов. Выделение критериев экспертной оценки способности к осознанию и регуляции криминально-агрессивного поведения подразумевает анализ психической деятельности подэкспертного лица в юридически значимых ситуациях. Это требует обязательного учета влияния на психическую деятельность не только личностных факторов (в том числе психопатологически обусловленных), но и различных ситуационных переменных. При анализе ситуационных факторов необходимо учитывать, каким именно образом они могут оказывать влияние на поведение и интересующие судебно-следственные органы способности человека к осуществлению той или иной деятельности. Как известно, в истории психологии можно проследить две крайние точки зрения на мотивацию поведения: одна из них абсолютизирует ситуационные воздействия, здесь поведение рассматривается как реакция на внешние стимулы (бихевиоризм),

другая, игнорируя внешние факторы, утверждает приоритет внутренних субъективных (часто неосознаваемых) детерминант поведения (психоанализ и др.). В современной психологии мотивация поведения рассматривается как взаимодействие личностных и ситуационных переменных. Об этом можно прочитать у Х. Хекхаузена. Ситуационные факторы в рамках этих представлений нельзя рассматривать упрощенно, как что-то внешнее, противостоящее внутреннему личностному, и как что-то, предшествующее по времени действию и являющееся стимулом, на который реагирует человек. И личностные диспозиции, и особенности ситуации в психологическом взаимодействии репрезентированы в сознании, их субъективное значение непрестанно видоизменяется в циклических процессах, включающих действие и воспринимаемую обратную связь с его последствиями. С этой точки зрения психологические объяснительные схемы структуры целенаправленного действия в основном реализуют «жесткий» системный подход (введенный Винером Н.), подразумевающий восприятие и оценку изменений среды в виде «петли обратной связи» для изменения программы действия, как это сделано в теориях П.И. Анохина и О.А. Конопкина. Это приводит к тому, что в судебно-психологических исследованиях само действие преимущественно рассматривается, говоря словами Х. Хекхаузена, словно «индивид оказывается в новой ситуации и оценивает ее, как если бы его активность еще не была возбуждена или же он окончательно покончил со всем, что было прежде». Следовательно, целесообразно рассматривать поведение с учетом взаимодействия личности и ситуации как поток активности со сменой мотивации, возобновлением и последействием предшествующей мотивации в постоянно изменяющихся средовых условиях. Хорошо известно, что эту проблему впервые экспериментально исследовала Б.В. Зейгарник при изучении запоминания незавершенных действий.

Единство сознания и деятельности. Сознание – это отношение к миру со знанием его объективных закономерностей, включающее в себя категорию активности и охватывающее эмоционально-ценностный аспект, соотнесение своих действий с нравственно-этическими ценностями и правовыми нормами, отражение смысловой оценки последствий своих действий, т. е. является высшим регулятором деятельности. Это обстоятельство отражено в уголовном праве: почти каждый юридический критерий, исследуемый в КСППЭ, представлен не только в психологических понятиях, но и состоит из двух частей, характеризующих способность, во-первых, к адекватному осознанию окружающей действительности и самосознанию, во-

вторых, к полноценной произвольной регуляции своих действий.

Важно учитывать, что если способность к адекватному осознанию себя и окружающего в интересующей следствие или суд ситуации нарушена, то нарушена бывает и произвольная регуляция своих действий, поскольку действие всегда реализует цель, а цель является осознанным образом предвосхищаемого результата действия. Но если структуры сознания в рассматриваемой ситуации сохранны, необходимо отдельно анализировать звено регуляции поведения или деятельности, которое может быть расстроено (особенно при определенных формах психических аномалий) и при полном осознании своих действий.

Принцип развития. Необходимо изучать не только актуальную психическую деятельность человека в юридически значимой ситуации, но и проанализировать становление психических особенностей человека в его макродинамике. Онтогенетическое изучение психики подэкспертного лица позволяет понять формирование тех или иных психических расстройств, становление его ценностных ориентаций, мотивационного строения личности, его характера и темперамента, дает возможность выявить уровень развития и особенности отдельных психических процессов.

В то же время чрезвычайно важно учитывать и «микродинамику» психической деятельности в конкретно разворачивающейся ситуации. Юридически значимые ситуации не бывают одномоментными, они всегда занимают более или менее длительный промежуток времени с изменяющимися окружающими условиями. Понимание мотивации поведения как непрерывного взаимодействия личностных, психопатологических и ситуационных факторов диктует необходимость анализа полной динамики психических процессов в ситуации правонарушения.

При этом понимании принципа развития системный подход предстает не только как «структурный», но и как «структурно-динамический».

Таким образом, наиболее общим принципом КСППЭ является системный структурно-динамический подход, учитывающий единство сознания и деятельности, а также тесное взаимодействие личностных и ситуационных факторов.

Методологические аспекты производства КСППЭ обвиняемых в криминально-агрессивных действиях

Алгоритм комплексной судебной клинико-психологической оценки криминально-агрессивных действий обвиняемых можно представить в виде последовательности следующих этапов.

Вначале осуществляется клиническая диагностика, позволяющая установить наличие или отсутствие у обвиняемого психического расстройства. При наличии психического расстройства диагностируется его природа, нозологическая принадлежность, выраженность изменений психики и т. п.

Следующий этап предполагает определение психологического механизма криминально-агрессивного поведения обвиняемого. Он может быть отнесен к психопатологическим (продуктивно-психотическим или негативно-личностным) механизмам общественно опасных действий, которые подробно исследованы М.М. Мальцевой и В.П. Котовым. К ним относятся виды агрессии у больных с психотическими состояниями (на фоне помрачения сознания, под влиянием императивных галлюцинаций, бредовых переживаний и др.) и у больных с дефицитарными расстройствами и выраженными изменениями личности (эмоциональная бесконтрольность, интеллектуальная несостоятельность, расторможенность влечений и пр.). В этом случае возможно точно оценить место психических нарушений в генезе общественно опасного деяния и наполнить формулировку «не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими» конкретным психопатологическим содержанием, дифференцированно оценивая роль так называемых интеллектуального и волевого критериев невменяемости.

Определение же такого психологического механизма криминальной агрессии у психически здоровых и у лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, который подчиняется общим закономерностям поведения человека, требует применения критериев клинико-психологической экспертной оценки, что позволяет выносить разнообразные экспертные решения. Экспертные выводы, в зависимости от выявленного типа психологического механизма криминальной агрессии, могут формулироваться в рамках применения специальных познаний только в психологии или только в психиатрии, а могут зависеть и от совместного применения психологических и психиатрических познаний одновременно.

Методологические основы психодиагностической деятельности эксперта-психолога

Клиническая диагностика. Как было показано нами при обсуждении психологических исследований в практике судебной психиатрии, экспериментально-психологическое (патопсихологическое) обследование подэкспертного лица (изучение познавательных процессов и индивидуально-психологических особенностей) является обязательным компонентом экспертного исследования при КСППЭ. Напомним, что ее основными самостоятельными задачами являются:

1. Предоставление дополнительных патопсихологических данных в целях дифференциальной диагностики.
2. Установление степени выраженности (глубины) имеющихся у испытуемого психических расстройств.
3. Выявление структуры нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности.

Этапы планирования психодиагностического экспериментального исследования. Полноценное планирование психодиагностического исследования требует четкого понимания структуры и этапов взаимодействия эксперта-психолога с органом, назначившим экспертизу, с одной стороны, и с подэкспертным лицом – с другой (рис. 1).

Рис. 1. Структура психодиагностической деятельности судебного эксперта-психолога

На *первом этапе* определяется *задача* психодиагностического исследования. При судебно-психологической экспертизе в роли «заказчика», определяющего задачи исследования, выступают

судебно-следственные органы. Данные психодиагностического исследования, сформулированные в заключении КСППЭ, используются судом для принятия судебного (правового, юридического) решения.

Это обстоятельство ставит перед экспертом-психологом довольно непростую проблему формулировки своего психодиагностического заключения на понятном для заказчика языке. Экспертные выводы должны быть представлены таким образом, чтобы их могли полноценно использовать судебно-следственные органы, и в то же время они не должны терять своей психологической сущности, адекватно отражая исследуемое явление на высоком научном уровне, которым может обладать только профессионал, владеющий специальными познаниями в психологии. Как справедливо пишут А.И. Винберг и Н.Т. Малаховская, «унифицированный язык судебного эксперта должен быть одинаково понятным как судебным экспертам, так и следственным и судебным работникам».

Данная проблема обычно решается путем исследования «экспертных понятий», которые мы обсуждали при рассмотрении теоретических основ КСППЭ. Эти критерии, отражая закономерности структуры и динамики психики, являются одновременно и юридическими понятиями, поскольку касаются регуляции таких видов психической деятельности, которые имеют юридическое значение и влекут определенные правовые последствия. Поэтому они являются своеобразными правовыми нормами, наполненными психологическим содержанием.

Таким образом, экспертные психологические выводы формулируются на языке «экспертных понятий» (юридических критериев), которые отражают способность обвиняемого лица к осознанию и регуляции криминально-агрессивного поведения и в то же время являются правовыми понятиями, «встроенными» в уголовный и уголовно-процессуальный кодексы (аффект, ограничение способности к осознанию и руководству своих действий вследствие психического расстройства и пр.). Основой же формулирования экспертного вывода на языке экспертного понятия является психодиагностическое исследование психологических закономерностей и механизмов. Оно описывается в заключении эксперта-психолога в узкопрофессиональной общепсихологической терминологии, которая может быть и малопонятной людям, не обладающим познаниями в психологии, но позволяет суду, как отмечают А.И. Винберг и Н.Т. Малаховская, проверить фактическую и научную обоснованность экспертного заключения по внутреннему убеждению, путем привлечения иных специалистов или

повторных экспертиз.

На *втором этапе* производства экспертизы психолог выделяет *предмет* исследования, т. е. уясняет, какое явление необходимо диагностировать.

В общем случае предмет психодиагностического исследования определяется вопросами, заданными эксперту органом, назначившим экспертизу. В то же время важное значение имеет предварительное ознакомление с материалами уголовного дела с четким представлением фабулы происшедшего. Дело в том, что некоторые вопросы судебно-следственных органов могут быть сформулированы достаточно обобщенно, и эксперт-психолог, основываясь на своих специальных познаниях в теоретической психологии (психологии личности, психологии познавательной деятельности, психологии эмоциональных явлений и т. д.), самостоятельно выделяет те аспекты изучаемого явления, которым он должен уделить основное внимание. Например, при задаче исследования индивидуально-психологических особенностей подэкспертного судебно-следственные органы, как правило, не конкретизируют, какие стороны личности (ценностная сфера, мотивационное строение личности, черты личности, характер, темперамент и т. п.) подлежат исследованию и в каком объеме, – это решает сам эксперт-психолог, исходя из предварительного анализа фабулы уголовного дела и существенных для дела фактов.

Кроме того, эксперт-психолог имеет право делать экспертные выводы, касающиеся тех обстоятельств, относительно которых не были заданы вопросы – очевидно, что выделение этих обстоятельств, подлежащих экспертному исследованию, также является прерогативой самого эксперта-психолога и должно основываться на его опыте, степени владения специальными познаниями в психологии и анализе материалов уголовного дела.

На *третьем этапе* планирования производства экспертизы решается самый важный вопрос – как именно исследовать подэкспертное лицо, какие *методы* применить в конкретном экспертном исследовании?

Не существует и не может существовать заранее подготовленного универсального набора психодиагностических методик, который можно было бы применить ко всем подэкспертным лицам. Каждая судебно-психологическая экспертиза – это уникальная процедура психодиагностического исследования с выбором конкретных методов исследования, зависящим от множества факторов.

Перечислим наиболее важные из них.

1. *Профессиональные знания эксперта-психолога в*

психодиагностике, в частности – владение различными методами исследования и понимание их направленности.

Эксперт-психолог должен четко представлять возможности используемых психодиагностических методов, и в первую очередь – направленность метода, а также особенности техники, процедуры психодиагностического исследования. Из результатов исследования вытекает, что судебный эксперт-психолог должен применять в психодиагностической деятельности широкий спектр методов исследования.

Биографический метод. Сбор объективного и субъективного анамнеза.

Наблюдение. Включает в себя наблюдение подэкспертного во время проведения экспертизы, а также просмотр различных видеоматериалов (если имеются видеозаписи допросов, выхода на место происшествия).

Диалоговые методы. Основной диалоговый метод – это беседа. Беседа строится обычно свободно и не директивно, не формализованно, но в ней обязательно должен присутствовать ряд компонентов. Наиболее важными из них являются, во-первых, опрос испытуемого по пунктам, имеющим значение для производства экспертизы: анамнез жизни, особенности самосознания, динамика психического состояния в юридически значимой ситуации, отношение подэкспертного к криминальной ситуации и к ситуации судебной экспертизы и т. п.; во-вторых, моделирование в рамках беседы разных ситуаций диалогового взаимодействия с регистрацией поведения испытуемого. Следует отметить, что эффективность наблюдения зависит от многих факторов, наиболее существенными из которых являются: квалификация эксперта-психолога; личность испытуемого (например, легче наблюдать экстравертированных, нежели интровертированных испытуемых); природа черт личности (например, такие явные черты, как импульсивность, властность, оцениваются точнее, чем скрытые черты – такие, как объективность-субъективность и др.). Это обстоятельство определяет еще одну необходимую функцию наблюдения – формулировку гипотез, которые могут подвергаться экспериментальной проверке и требуют применения соответствующих методов исследования.

Объективные тесты. Характеризуются наличием правильных или нормативных ответов. В деятельности эксперта-психолога обычно используются психометрические методы (типа тестов Векслера, Равена), позволяющие измерить уровень интеллектуального развития, и классические патопсихологические методы исследования познавательных

процессов – внимания, памяти, мышления (10 слов, Опосредованное запоминание по Леонтьеву, Пиктограмма, Классификация предметов, Исключение понятий, Исключение предметов, Сравнение понятий, Аналогии, Счет по Крепелину, Проба Бурдона, Отсчитывание, Таблицы Шульте и др.), с акцентом на качественном анализе данных, отличающихся от нормативных.

Тесты-опросники. Опросники могут основываться на клинико-психологической типологии личности (MMPI), типологии черт личности (16-факторный опросник Кеттелла), характера (опросник Шмишека, ПДО А.Е. Личко), темперамента (опросник Стреляу, EPI Айзенка), отдельных черт личности и психических состояний (опросник субъективной локализации контроля Роттера, агрессии Басса-Дарки, тревожности Спилбергера и др.).

Субъективное шкалирование. Чаще всего в судебно-психологической экспертизе применяют шкалы самооценки по Дембо-Рубинштейн или более сложные техники выявления личностных конструктов по Келли (репертуарные решетки и др.).

Проективные техники: а) классическая словесная апперцепция. От испытуемых требуется дать вербальное описание достаточно неструктурированного неопределенного стимульного материала или составить на его основе рассказ (ТАТ, тест Роршаха, тест руки Вагнера и др.);

б) проективное предпочтение. Методы, основанные на выборе испытуемым одного или нескольких из предлагаемых стимулов (Цветовой тест Люшера, тест Сцонди, Цветовой тест отношений А. Эткинда и др.);

в) рисуночные тесты. Чаще всего используется рисунок человека, несуществующего животного, семьи. Применяется достаточно унифицированная стандартизированная схема интерпретации. Эффективен при работе прежде всего с малолетними и несовершеннолетними испытуемыми; г) полупроективные тесты. К ним можно отнести тест Розенцвейга, методы незаконченных предложений, Пиктограмму.

Анализ продуктов творчества. Применяется в тех случаях, когда в распоряжении эксперта-психолога есть рисунки, картины, литературные произведения подэкспертного.

2. *Возможность применения методов именно* в КСППЭ. В определении специальных познаний эксперта-психолога мы не случайно подчеркивали, что методы психодиагностического исследования должны быть внедрены в практику судебной экспертизы. Методы психодиагностики, применяемые в судебно-психологической экспертизе, должны обладать двумя основными характеристиками – валидностью и надежностью. При этом они

должны быть валидными и надежными по отношению к экспертному контингенту испытуемых, чье психическое состояние часто осложнено различными реактивными наслоениями в результате привлечения к уголовной ответственности, а также наличием широкого репертуара смысловых установок – симуляции, аггравации и т. п.

3. *Процессуальное положение подэкспертного лица*. При планировании психодиагностического исследования и выборе конкретных методик эксперт-психолог должен обязательно учитывать процессуальное положение испытуемого.

4. *Половозрастные факторы*. Психодиагностические методы, как правило, валидизируются на определенных возрастных группах и с учетом половой дифференциации. Валидные и надежные методики обычно имеют различные нормативы обработки и интерпретации данных для определенных возрастных интервалов, содержат мужские и женские варианты. Некоторые методы можно применять только для определенного возрастного контингента испытуемых, другие – такие, как тест Векслера, тест Розенцвейга, опросник Кеттелла и т. п. – имеют варианты для каждого определенного возраста.

5. *Психические аномалии и умственное развитие подэкспертного лица*. Индивидуально-психологические (в том числе и психопатологические) особенности каждого конкретного испытуемого определяют возможность применения по отношению к нему той или иной методики.

6. *Вид экспертизы по месту и условиям проведения*. Этот фактор часто определяет трудоемкость проведения психодиагностического исследования.

Экспертная оценка психической деятельности обвиняемого

При производстве КСППЭ окончательные экспертные выводы складываются не только и не столько из данных экспериментально-психологического исследования, сколько требуют обязательного психологического анализа поведения и деятельности подэкспертного лица по всем имеющимся в распоряжении эксперта материалам. Только при сопоставлении и верификации данных анализа материалов уголовного дела с экспериментальными можно обоснованно формулировать экспертные выводы.

Психологический анализ материалов уголовного дела. Психологический анализ уголовного дела и приобщенных к нему материалов является, по существу, разновидностью

герменевтического подхода. *Герменевтика – искусство и теория истолкования текстов.* Психологическая герменевтика берет начало с эпистемологии В. Дильтея.

Герменевтика определяется им как искусство понимания письменно фиксированных жизненных проявлений. В психолингвистике понятие текста может трактоваться и в более широком плане – не только как фиксированный (в современной цивилизации фиксация может быть и письменной, и с использованием аудио– и видеоносителей) текст, но и как определенные события, обладающие сложной смысловой и знаковой структурой.

При производстве судебной экспертизы в качестве текста выступают материалы уголовного дела и приобщенные к нему документы: медицинская документация, продукты творчества подэкспертных (письма, дневники, литературные и художественные произведения), аудио– и видеозаписи допросов, следственного эксперимента, выхода на место происшествия и т. п. Как текст можно рассматривать и записи самого эксперта (протокол экспериментально-психологического исследования, данные тестирования), фиксирующие высказывания и особенности поведения подэкспертного. Все эти документы и образуют источники информации, с которыми непосредственно работает эксперт.

Каковы же основные психологические закономерности понимания экспертами источников информации, каков основной механизм психологической герменевтики при их исследовании для экспертной оценки способности к осознанию и регуляции испытуемым своей психической деятельности?

1. *Тип исследуемого текста*. Можно, вслед за А.А. Брудным, выделить три основных типа текстов. Первый – многозначный, без опорных точек. Это тексты, допускающие множественные проективные интерпретации (типа Апокалипсиса или предсказаний Нострадамуса). Второй – однозначный, не допускающий разного толкования: к нему относятся прежде всего научные тексты в точных науках (физика, математика). И наконец, третий – смешанный, самый емкий, в нем можно выделить и опорные точки, и некий смысловой контекст. Именно к третьему типу и относится большинство текстов, с которыми мы имеем дело в повседневной действительности (научные статьи в области гуманитарных наук, журнальные и газетные публикации и т. п.), в том числе и уголовное дело с приобщенными к нему материалами.

2. *Этапы экспертного понимания текста*. Поскольку психологи имеют дело со смешанными текстами, то на первом

этапе они должны выделять *опорные точки*, необходимые для дальнейшего экспертного исследования. Для эксперта-психолога такими опорными точками служат зафиксированные в уголовном деле данные: а) об особенностях психического развития подэкспертного; б) о его устойчивых индивидуально-психологических особенностях; в) о его актуальном психическом (эмоциональном) состоянии в криминальной ситуации; г) о его структуре отражения и осознания юридически значимой ситуации и регуляции своего поведения в ней; д) о развитии самой ситуации; е) о взаимодействии личности подэкспертного с ситуацией. В то же время эксперты наряду с опорными точками должны выделять *лакуны – т. е. то, чего в тексте нет или что допускает неоднозначное толкование.* Это представление о лакунах в тексте разработано в теории перевода Ю.А. Сорокиным и И.Ю. Марковиной. Уголовное дело – текст, созданный в первую очередь не для решений экспертных проблем, а для достижения иной, чисто правовой цели, и поэтому психологи поставлены перед задачей понимания фрагментов текста, либо не содержащих значимой для достижения целей экспертизы информации, либо требующих научной интерпретации. В этом смысле, по выражению А.А. Брудного, понимание текста может быть одновременно пониманием того, что в тексте непосредственно не дано.

Важная для психодиагностики информация, не содержащаяся в лакунах, может быть восполнена двумя способами. Лакуны в ходе экспертного исследования либо *заполняются*, либо *компенсируются*.

Заполнение лакун осуществляется в ходе клинико-психологической беседы, направленного наблюдения, экспериментального обследования подэкспертного, путем запроса дополнительных материалов у следственных органов, при участии в допросах в ходе судебного заседания и т. п. Одна из основных проблем для эксперта состоит в том, что при допросах следователи практически не интересуются субъективной стороной действий подэкспертных, поэтому важно при ходатайстве о дополнительных допросах тех или иных лиц рекомендовать и конкретные вопросы, на которые нужно получить ответы.

Компенсация лакун – это перевод уже имеющихся данных уголовного дела на другой, психологический, язык. Эта технология очень хорошо описана в книге Б.В. Зейгарник и Б.С. Братуся «Очерки по психологии аномального развития психики». Формализованные алгоритмы заполнения лакун и их компенсации можно продуктивно использовать при разработке

стандартов судебного психологического исследования.

3. *Использование специальных познаний эксперта при работе с текстом*. А.А. Брудным показано, что текст как смысловая структура существует в трех отношениях: текст – реальность, текст – автор, текст – реципиент. Из них наиболее значимой для анализа экспертной деятельности является отношение «текст – реципиент (эксперт)». Смысловое понимание уголовного дела и приобщенных к нему материалов зависит от таких переменных, как задача психодиагностического исследования (определяется судебно-следственными органами), предмет исследования (определяется вопросами, требующими экспертного решения). Но главным фактором являются специальные познания судебного эксперта.

Проблема специальных познаний не сводится только к профессиональной компетенции, нужно учитывать и личную компетентность эксперта. В отличие от лекции по теоретическим проблемам КСППЭ[9] мы здесь будем акцентировать внимание не на содержательной, а на структурной стороне психологических познаний судебного эксперта. Ведь специальные познания не являются эквивалентом лишь знаний организационно-правовых, теоретических, методологических, этических основ экспертизы, большое значение имеет и структура представления (категоризации) этих вопросов в сознании эксперта.

Профессиональная деятельность эксперта имеет особую цель – производить «оценки». Другая особенность экспертной деятельности – это производство «оценок» для внешнего заказчика, которые практически всегда и задают критерии требуемых оценок. По выражению С.Л. Братченко, экспертиза – это использование самого человека как «измерительного прибора».

Специальные познания эксперта по своей сути представляют собой профессиональную модель мира, которая «проходит тот же путь формирования и испытывает воздействие тех же формирующих факторов, что и система смыслов – субъективная семантика». Это цитата из докторской диссертации Е.Ю. Артемьевой. Анализ проблемы специальных познаний эксперта в моделях «образа мира» (а не только в моделях «свойств») может позволить понять и процесс применения этих познаний в рамках модели «психологической структуры деятельности».

В соответствии с парадигмальной моделью движения смысла по слоям субъективного опыта, разработанной Е.Ю. Артемьевой, структура специальных познаний судебного эксперта-психолога может быть представлена в виде трех уровней.

Внешний слой – «*семантико-перцептивный*» – заключается в

субъектной идентификации психических явлений в терминах базовых для судебно-психологической экспертизы науки – психологии, а также смежных дисциплин: психиатрии, виктимологии, суицидологии и т. п. Объектно этому уровню соответствуют теоретические и эмпирически выделенные представления о тех или иных сторонах психических процессов, зафиксированные в словарях, глоссариях, всевозможных классификациях (типа МКБ-10), учебниках, пособиях и т. д.

Следующий, более глубинный уровень – «*семантико-гносеологический*» – представляет собой трансформацию понятий базовых наук в «экспертные» понятия. Экспертные понятия – промежуточные между правом и психологией – определяют юридическую значимость психических явлений и влекут определенные правовые последствия (квалификация преступлений, установление смягчающих обстоятельств и др.). Объектно этот слой можно описать с помощью тезауруса (на это при решении другой задачи обратил внимание психолингвист Ю.Н. Караулов), центральными смысловыми точками которого будут являться уже не общепсихологические, а правовые понятия, определяющие юридическую значимость диагностируемых на первом уровне психических явлений.

И наконец, центральным глубинным слоем структуры специальных познаний эксперта-психолога является система генерализованных недифференцированных смыслов, аккумулирующих не только когнитивный, но и эмоционально-мотивационный, и ценностный опыт эксперта. Этот уровень, с одной стороны, «*семантико-аксиологический*», а с другой – «*семантико-прагматический*», практически не вербализуем, мало осознаваем и составляет ту часть профессиональных познаний, которую обычно называют «искусством» проведения психодиагностического исследования. Он соответствует понятию «личностное (периферическое) знание», введенному М. Полани.

Уровневое смысловое строение специальных познаний судебного эксперта-психолога как концептуальная схема характеризуется следующими признаками: 1) инвариантность, сочетающаяся с фрагментарностью и неполнотой (по мнению Е.Ю. Артемьевой, мир профессии – групповой инвариант субъективного отношения профессионалов к объектам), – это свойство прямо коррелирует и с компетенцией, и с уровнем компетентности эксперта; 2) разный уровень обобщения – в структуре специальных познаний эксперта-психолога можно выделить «общие» (теорию и методологию экспертного исследования) и «частные» модели (касающиеся отдельных предметных видов экспертизы); 3) личностный, субъективный

характер специальных познаний, несмотря на их социальную обусловленность.

Процесс обучения специальным экспертным познаниям, в соответствии со смысловым их строением, можно представить как движение от внешних слоев к глубинным уровням: от усвоения общепсихологических представлений к формированию «экспертных» понятий и далее, к приобретению мотивационно-ценностного опыта профессиональной деятельности – т. е. формированию профессионального «образа мира». Непосредственное же использование специальных познаний в конкретном экспертном исследовании разворачивается как обратный процесс – от актуализации генерализованных «глубинных» смыслов к семантико-когнитивной и перцептивной переработке изучаемых психических явлений.

В результате применения специальных познаний психолога в целях судебной экспертизы наряду с описанными выше тремя отношениями текста как смысловой структуры выявляется еще одно отношение: «текст – новая реальность». Новой реальностью в конечном итоге (после определения индивидуально-психологических особенностей обвиняемого, его психического состояния в криминальной ситуации, установления психологического механизма его преступного поведения) оказывается *экспертная оценка клинических и психологических явлений*, существовавших до применения специальных познаний в тексте (уголовном деле) лишь имплицитно, в неявной форме, неполно и фрагментарно.

В целом психологический анализ материалов уголовного дела состоит из следующих основных компонентов. Изучение *объективного анамнеза* жизни подэкспертного лица – по документам, отражающим его жизненный путь; показаниям родственников, друзей, сослуживцев и т. п.; медицинской документации (истории болезни, медицинские карты, акты судебно-психиатрической экспертизы и др.). Изучение *субъективного анамнеза* жизни – по показаниям подэкспертного лица, клинико-психологической беседе. Изучение *динамики психической деятельности* подэкспертного лица в интересующий судебно-следственные органы период времени – по показаниям свидетелей; по показаниям подэкспертного лица во время следствия и судебного разбирательства (в случае, когда подэкспертный является обвиняемым или подсудимым – и по текстам явки с повинной и чистосердечного признания); по следственным экспериментам и выходу на место происшествия; по материалам других экспертиз (в первую очередь – судебно-медицинских и судебно-психиатрических). В лекции по КСППЭ

суицидентов[10] мы покажем, как это можно осуществить даже без очного обследования подэкспертного лица.

Таким образом, схема психологического исследования при производстве КСППЭ обвиняемого в агрессивных действиях включает следующие ***психодиагностические этапы:***

1. *Четкое уяснение фабулы дела.* Эксперт-психолог реконструирует временнэю последовательность событий, используя все имеющиеся в деле показания (обвиняемого, свидетелей, потерпевших), материалы выхода на место происшествия и следственных экспериментов, а также данные судебных экспертиз. Существенно облегчает понимание динамики ситуации и поведения подэкспертного текст обвинительного заключения, если оно имеется в уголовном деле.

2. Психологический анализ индивидуально-психологических особенностей подэкспертного по уголовному делу и приобщенным к нему материалам.

3. *Психологический (герменевтический) ретроспективный анализ динамики психического состояния и психической деятельности подэкспертного* по материалам дела.

4. *Проведение клинико-психологической беседы и экспериментально-психологического исследования* с одновременным наблюдением подэкспертного. Выявление индивидуально-психологических особенностей обвиняемого, особенностей его познавательных процессов.

5. *Сопоставительный анализ данных психологического изучения уголовного дела, данных беседы, наблюдения и результатов экспериментального исследования*.

6. *Анализ взаимодействия личности подэкспертного с юридически значимой ситуацией*. Может включать следующие стадии:

– на основании психологического анализа материалов уголовного дела и экспериментального исследования диагностика индивидуально-психологических особенностей и типа криминальной ситуации с определением типа криминальной агрессии;

– определение типа и психологического механизма криминальной агрессии;

– исследование особенностей отражения, осознания, понимания, смыслового восприятия ситуации, произвольной волевой регуляции своих действий, контроля своего поведения, прогностических возможностей, степени опосредованности действий и других регуляторных психологических механизмов с учетом индивидуально-психологических возможностей, эмоционального и функционального состояния, специфики

уровня психического развития, характера психического расстройства.

7. *Составление заключения КСППЭ с формулировкой экспертных выводов* (ответов на вопросы судебно-следственных органов) в «экспертных понятиях» с их обоснованием на основе психодиагностического исследования психологических закономерностей и механизмов криминально-агрессивного поведения обвиняемого, включающего ретроспективный психологический анализ уголовного дела и приобщенных к нему материалов и данные экспериментально-психологического исследования, проведенного в рамках КСППЭ.

Рекомендуемая литература

Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики. – М., 1999. Брудный А.А. Психологическая герменевтика. – М., 1998.

Бурлачук Л.Ф., Морозов С.Н. Словарь-справочник по психологической диагностике. – Киев, 1989.

Винберг А.И., Малаховская Н.Т. Судебная экспертология. – Волгоград, 1979.

Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1980.

Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. – М., 1980.

Коченов М.М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы: автореф. дис… д-ра психол. наук. – М., 1991.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. – М., 1998.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М., 2003.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. – М., 2014.

Сафуанов Ф.С., Калашникова А.С. Методические основы производства заочных и посмертных судебных психологических экспертиз в гражданском процессе: Методические рекомендации для экспертов. М., 2014.

Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. – СПб., 2003.

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Этические проблемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы

После того как вы познакомились с проблемами биомедицинской этики[11], остановимся подробнее на этических основах КСППЭ.

Сначала рассмотрим ***базисные этические ценности*** судебно-психологической экспертизы.

Чрезвычайно важным компонентом профессиональной деятельности судебного эксперта-психолога является соблюдение определенных этических принципов и норм. Однако, к сожалению, этические проблемы работы экспертов-психологов, равно как и психологов других специализаций, в отечественной литературе практически не рассматривались. Наиболее общим ориентиром для судебных и медицинских психологов может на сегодняшний день служить Кодекс профессиональной этики психиатра, а также «Свод этических принципов и правил проведения судебно-психиатрической экспертизы», чьи основные положения совпадают с этическими нормами для профессионального психолога.

Но очевидно, что деятельность психолога при производстве судебной экспертизы имеет и свою специфику. Судебная экспертиза является одним из необходимых средств выяснения истины по уголовному делу. Судебно-психологическая и комплексные с ней экспертизы производятся в интересах прежде всего общества в целом, поскольку деятельность эксперта-психолога вплотную примыкает к работе правоохранительных органов. В то же время невозможно игнорировать и то обстоятельство, что проведение судебной экспертизы защищает и интересы подэкспертных лиц – будь то обвиняемый, потерпевший или свидетель. Нельзя, разумеется, понимать интересы подэкспертных упрощенно, как их личную выгоду, уклонение от ответственности, – главным является справедливое объективное решение вопросов, составляющих предмет судебно-психологической экспертизы.

Этические проблемы возникают тогда, когда люди вступают между собой в определенные взаимоотношения, когда они осуществляют совместную деятельность. Понимание целей

экспертизы в совокупности с тем обстоятельством, что судебный психолог-эксперт для их достижения должен эффективно взаимодействовать с органом, назначившим экспертизу, с подэкспертными лицами и, наконец, с коллегами, определяет необходимость осознания определенных этических принципов и их усвоения в своей профессиональной деятельности в качестве нравственной позиции.

Базисные принципы этики судебного эксперта-психолога совпадают с наиболее общими нормами этики практической психологии и биомедицины – гуманизмом, ответственностью, непричинением вреда, благодеянием, справедливостью. Однако использование заключения судебно-психологической экспертизы судебно-следственными органами приводит к некоторой специфике практического применения этических норм экспертом-психологом, в отличие от использования этих же норм психологами, осуществляющими консультирование, диагностику в условиях психиатрической клиники, психотерапию и психокоррекцию, другие виды психологической помощи.

Эти отличия детерминируются тремя важными обстоятельствами.

Во-первых, судебный эксперт-психолог взаимодействует не с пациентами, которые нуждаются в психологической помощи и подвергаются психодиагностическому исследованию добровольно, исходя из своих потребностей и личной заинтересованности, а осуществляет исследование подэкспертных, либо преступивших закон, либо ставших жертвами противоправных действий. Это определяет своеобразие социального взаимодействия, общения между экспертом и испытуемым.

Во-вторых, эксперт-психолог в силу своего процессуального положения обладает большой властью над испытуемыми: от его выводов часто зависит дальнейшая судьба подэкспертного лица, например, для обвиняемых – квалификация статей Уголовного кодекса (с разными мерами и сроками наказания), назначение наказания с учетом смягчающих обстоятельств и т. д. Зависимость подэкспертных лиц от психодиагностических выводов психолога, используемых в судопроизводстве, накладывает на эксперта огромную ответственность за свои решения.

В-третьих, и это главное, деятельность психолога, выступающего в качестве судебного эксперта, регулируется законодательно. Он несет уголовную ответственность за определенные действия, нарушающие уголовно-процессуальную регламентацию его деятельности, обладает совокупностью

обязанностей и прав.

Взаимоотношение законности и этики, законодательной регуляции деятельности эксперта-психолога и этических норм в рамках производства экспертизы можно обозначить принципом «воронки»: психолог должен действовать строго в рамках закона, соблюдать его, но варианты поведения, часто альтернативные, в разных ситуациях при проведении экспертизы (которые в силу своего разнообразия просто не могут быть оговорены в законе) подразумевают этический, моральный выбор, диктуемый нравственной позицией эксперта-психолога.

Приведем один из типичных примеров, иллюстрирующих взаимоотношения этики и законности в деятельности судебного эксперта-психолога. Следователем назначена судебно-психологическая экспертиза обвиняемого в убийстве, в постановлении вынесены вопросы к эксперту: «Каковы индивидуально-психологические особенности обвиняемого? Оказали ли они существенное влияние на его поведение при совершении инкриминируемых ему действий?» Эксперт-психолог, ознакомившись с материалами уголовного дела и уяснив фабулу дела, предположил, что необходимо дополнительно к вопросам следователя исследовать возможность того, что обвиняемый в момент совершения убийства находился в состоянии аффекта. Эксперт имеет определенное уголовно-процессуальным кодексом право отвечать на вопросы, не заданные органом, назначившим экспертизу, если они имеют значение для дела и входят в его компетенцию. Однако эксперту для ответа на вопрос, не сформулированный в постановлении следователя, необходимо провести дополнительные исследования – провести более объемный и глубокий анализ материалов уголовного дела, применить большее количество экспериментально-психологических методик и потратить больше времени на клинико-психологическую беседу. Нравственная коллизия заключается в выборе между достижением истины и справедливости по делу, во взятии на себя ответственности за последствия реализации своего права, непричинением вреда подэкспертному (квалификация убийства в состоянии аффекта существенно уменьшает сроки лишения свободы, следовательно, игнорирование данного обстоятельства приведет к более суровому, чем должно, наказанию), с одной стороны, и такими возможными факторами, как нехватка времени у эксперта, сознание того, что дополнительного вознаграждения за увеличение объема работы и времени он не получит, возможная личная антипатия психолога к подэкспертному, возникшая в результате вызывающего поведения последнего во время

проведения экспертизы, требование следователя провести экспертизу побыстрее из-за лимита сроков следствия и т. п. – с другой стороны.

Эксперт-психолог, сталкиваясь со сложными этическими коллизиями в своей работе, должен реализовывать главные нравственные ценности:

служение истине и справедливости, беспристрастность, объективность, ответственность. Эти ценности и определяют основные ***этические принципы деятельности судебного эксперта-психолога.***

Профессиональная компетентность. Профессиональная компетентность эксперта-психолога складывается из его специальных познаний и искусства производства судебной экспертизы и психодиагностического исследования.

Специальные психологические познания в судебно-психологической экспертизе в качестве минимального профессионального стандарта требуют высшего психологического образования и наличия постдипломной подготовки в области судебной психологии. Это накладывает на эксперта-психолога моральную обязанность постоянного профессионального совершенствования с использованием всех доступных форм дополнительного обучения, изучением научной и методической литературы по психологическим и смежным дисциплинам, входящим в объем специальных психологических познаний, усвоением собственного опыта и опыта своих коллег. Кроме того, нравственным требованием к эксперту-психологу является и оказание профессиональной помощи своим коллегам, консультирование их при затруднениях в сложных диагностических и экспертных случаях, передача своего опыта начинающим психологам.

Как указывалось выше, эксперт-психолог самостоятельно принимает решения, влияющие на судьбу подэкспертных лиц, а косвенно – и на их родителей, детей, супругов, других родственников и близких. Это налагает на психолога дополнительный груз ответственности, и, безусловно, только высокая степень овладения им специальными психологическими познаниями дает ему моральное право принимать самостоятельные решения при производстве экспертизы.

Однако для полноценного производства судебно-психологической экспертизы одного усвоения специальных познаний недостаточно. Важнейшей составляющей профессиональной компетентности судебного эксперта-психолога является искусство проведения психодиагностического исследования. Психологическое экспертное обследование

происходит при непосредственном контакте с подэкспертным лицом, находящимся в сложной жизненной ситуации, что определяет соблюдение ряда этических норм взаимодействия и общения. Эти нормы связаны со следующим важным этическим принципом.

Личностный подход. Основой этики системы отношений к испытуемому в рамках судебной экспертизы является личностный подход. Личностный подход складывается из следующих этических стандартов.

1. Уважение прав личности подэкспертного.

Любой человек, привлеченный к уголовной ответственности или участвующий в процессе суда или следствия в качестве потерпевшего или свидетеля, обладает определенной совокупностью прав, регулируемых уголовно-процессуальным законодательством. Эти права могут различаться в зависимости от процессуального положения подэкспертного лица (является ли оно подозреваемым; обвиняемым, не заключенным под стражу; обвиняемым, заключенным под стражу; подсудимым; потерпевшим; свидетелем), но эксперт-психолог должен иметь о законных правах каждого конкретного человека четкое представление, чтобы избежать их ущемления.

Следует всегда учитывать, что одним из основных прав любого подэкспертного является право на информацию о цели и характере проводимой экспертизы. И хотя по закону орган, ведущий производство по уголовному делу, обязан знакомить подэкспертного с постановлением или определением о назначении экспертизы, эксперт-психолог не должен отказывать в такого рода информации испытуемым по их просьбе.

2. Уважение чести и достоинства подэкспертного.

Эксперт-психолог в ходе своей деятельности часто вынужден работать с людьми, которые по-человечески, с житейской точки зрения, вызывают крайне негативное эмоциональное отношение. Это может определяться характером инкриминируемого им деяния – например, половые преступления (особенно групповые или в отношении малолетних детей), убийства, совершенные с особой жестокостью, и т. п. Другим фактором эмоционального неприятия может выступать неприемлемое с точки зрения норм межличностного общения поведение испытуемого в процессе производства экспертизы: повышенная агрессивность, сквернословие и т. д. Нормальное субъект-субъектное взаимодействие нарушают и различные формы установочного поведения – явная симуляция, аггравация и пр. Часто раздражающими в общении являются особенности поведения, определяемые разными формами психических расстройств:

гебоидное дурашливое поведение, подчеркнутая демонстративность, негативизм, повышенная подозрительность и требовательность и др. Тем не менее в любом случае эксперт-психолог должен занимать не эмоциональную, а профессиональную позицию по отношению к поведению подэкспертных лиц (оно должно быть нейтральным объектом его психодиагностического наблюдения), контролировать свои действия и высказывания, вести себя корректно.

Особенно важно избегать оценочных суждений о личности испытуемого. Эксперт-психолог должен всегда помнить, что обвиняемый в преступлении – еще не преступник, что на момент производства экспертизы его вина и ее степень еще не доказаны. Психолог не может брать на себя функции суда. Необходимо учитывать, что в ситуацию судебно-психологических и психолого-психиатрических экспертиз чаще всего попадают люди, совершившие правонарушения в силу тяжелых жизненных обстоятельств, стрессовых воздействий. Сама ситуация привлечения к уголовной ответственности, отрыв от привычных условий жизнедеятельности могут переживаться подэкспертными особо тяжело, приводить к изменениям их психического состояния, настроения. Наличие у многих подэкспертных психических аномалий разной степени выраженности, мешающих им полноценно адаптироваться в обычной жизни и в условиях производства экспертизы, также требует воздержания от скоропалительных оценочных суждений, от осуждающей позиции эксперта.

При экспертном обследовании потерпевших и свидетелей необходимо помнить: почти все они пережили психическую травму, связанную с тем, что они были очевидцами или жертвами преступлений. Особенно деликатными и требующими уважения чести и достоинства личности являются экспериментально-психологическое исследование жертв сексуального насилия и беседа с ними. В этих случаях с точки зрения этики правильным будет проведение психологического исследования не только как диагностической процедуры, но и как психотерапевтического процесса. Важным компонентом уважения чести и достоинства подэкспертных является и внутренняя культура эксперта-психолога, корректность поведения, правильная речь, аккуратность во внешнем облике. Психодиагностическое исследование – всегда диалоговое взаимодействие, со взаимным восприятием и оценкой друг друга, скрытым процессом невербального общения. От восприятия эксперта испытуемым во многом зависят и установление доверительного контакта, и достижение атмосферы откровенности, заинтересованность в

совместной деятельности, что является одним из важнейших условий эффективности экспертного исследования.

Независимость. Независимость эксперта является одним из краеугольных камней судопроизводства и достижения истины по уголовному делу. Она лежит в основе объективности и беспристрастности эксперта-психолога и непосредственно связана с его личной ответственностью за экспертные выводы. Можно выделить несколько компонентов независимости эксперта-психолога.

1. Независимость от судебно-следственных органов.

Прежде всего следует отметить, что в случаях, когда эксперт находится в какой-либо зависимости от следователя, обвинителя (прокурора) или защитника (адвоката), например, является их родственником, то он обязан заявить самоотвод, что предусмотрено законом.

Иногда возникают ситуации, когда между экспертом и должностным лицом нет служебной, родственной или иной зависимости, но на эксперта оказывают давление различные судебно-следственные органы, психолог находится в дружеских отношениях с лицами, причастными к суду или следствию, и т. п. – в этих случаях основой личной независимости эксперта-психолога являются только его внутренние убеждения, его общая нравственная позиция. В любом случае эксперт-психолог имеет право обжаловать действия должностных лиц (следователя, прокурора, судьи), ущемляющие его права.

2. Независимость от других участников уголовного процесса.

В случаях, когда эксперт-психолог является родственником обвиняемого, потерпевшего или их законных представителей или сам является потерпевшим или свидетелем по делу, он также обязан заявить самоотвод. Однако законом не предусмотрены случаи, когда связанными родственными или иными узами с перечисленными лицами являются друзья, коллеги или непосредственные начальники эксперта. В этих случаях проявление независимости целиком зависит от этической позиции психолога. Также сложные нравственные коллизии могут возникать в ситуациях, когда участники процесса каким-то образом связаны с психологом, а экспертизу в отношении этих лиц производят его коллеги.

3. Независимость от других экспертов-психологов.

Этот аспект независимости связан с ситуациями проведения комиссионной судебно-психологической экспертизы, в которых мнения членов комиссии не совпадают друг с другом. Моральной обязанностью каждого эксперта-психолога является самокритичное отношение, уважение мнения коллег и умение

признавать свои ошибки, но в случаях, когда после тщательного анализа всех аргументов других членов комиссии внутреннее убеждение эксперта-психолога в своей правоте не изменилось, этичной будет реализация своего права составить отдельное аргументированное заключение, которое будет оцениваться судом наряду с заключением других членов комиссии судебно-психологической экспертизы.

Важным аспектом независимости психолога является определение предмета и выбор конкретных методов исследования, их он выбирает, исходя из своей профессиональной компетентности, и никто не вправе директивно заставлять эксперта проводить те исследования, которые, по его мнению, не имеют значения для достижения истины по делу.

4. Независимость от себя.

Одним из важнейших нравственных императивов является положение, зафиксированное в «Кодексе профессиональной этики психиатра», но целиком относящееся и к этике эксперта-психолога: он «не вправе навязывать пациенту свои философские, религиозные, политические взгляды. Личные предубеждения… или иные непрофессиональные мотивы не должны оказывать влияния на диагностику». При производстве судебно-психологической экспертизы, при взаимодействии с подэкспертным лицом психолог должен абстрагироваться от личных симпатий и антипатий, от чувства жалости или, напротив, ненависти, занимать только профессиональную позицию, а также руководствоваться принципами беспристрастности, непредвзятости, объективности – только такая нравственная позиция является гарантией от искажений экспертного заключения под влиянием незаконной «гуманности» или «жестокости».

Конфиденциальность. При производстве судебной экспертизы эксперт-психолог становится обладателем большого объема информации о подэкспертном лице.

Это, во-первых, все данные из уголовного дела, предоставленного в распоряжение эксперта.

Во-вторых, это приобщенные к уголовному делу материалы, среди которых особо конфиденциальную информацию – сведения, составляющие врачебную тайну, – содержит медицинская документация.

В-третьих, это информация, полученная при производстве собственного экспертно-психологического исследования, включающая результаты экспериментально-психологического изучения индивидуально-психологических особенностей и

познавательной сферы подэкспертного лица.

Все эти сведения эксперт-психолог не имеет права разглашать согласно закону, но они составляют конфиденциальную информацию и по этическим соображениям. Особенно это касается данных собственного психодиагностического обследования, поскольку не все они могут включаться в заключение психолога (являющегося составной частью уголовного дела) для обоснования экспертных выводов. Также противоречит этическому принципу конфиденциальности и разглашение самого факта производства судебно-психологической экспертизы в отношении конкретного подэкспертного лица.

Эксперт-психолог должен помнить, что единственный адресат такого рода информации – орган, назначивший экспертизу. Включенность деятельности психолога, проводящего судебную экспертизу, в работу судебно-следственных органов, таким образом, не делает все сведения об испытуемом абсолютно закрытыми, но определяет границы конфиденциальности. Поэтому честной позицией по отношению к подэкспертному лицу будет информирование его об этих границах – особенно когда тот изъявляет желание сообщить психологу какие-либо сведения, но просит сохранить их в тайне. Этичным в таких случаях представляется сообщение подэкспертному, что сведения, имеющие значение для составления экспертного заключения, будут известны органу, ведущему производство по уголовному делу, а в случае открытого судебного заседания – и присутствующим в зале суда.

Рекомендуемая литература

Основы психодиагностики. – Ростов на/Д., 1996.

Свод этических принципов и правил проведения судебно-психиатрической экспертизы с комментарием: Руководство для врачей / Сост. Тихоненко В.А., Шишков С.Н. – М., 2000.

Этика практической психиатрии. – М., 1996.

Раздел 4
Предметные виды комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза индивидуально-психологических особенностей и ограниченной вменяемости обвиняемых

Судебно-психологическая экспертная оценка индивидуально-психологических особенностей обвиняемых не имеет в отличие от других традиционных предметных видов КСППЭ и судебно-психологической экспертизы прямого соотнесения с «юридическими критериями» в тексте уголовного законодательства. Однако, как указывалось в юридической литературе, понятие «личность преступника (обвиняемого)» необходимо для: а) решения вопросов, касающихся определения оснований уголовной ответственности и юридических мотивов отдельных видов преступлений; б) для индивидуализации уголовной ответственности и наказания. Юридической основой данного вида экспертизы можно считать ст. 73 УПК РФ, в которой среди обстоятельств, подлежащих доказыванию, указываются «обстоятельства, характеризующие личность обвиняемого». В аспекте индивидуализации уголовной ответственности и наказания научно обоснованная оценка личности обвиняемого выступает для суда, во-первых, в качестве предпосылок, влияющих на степень и характер ответственности, т. е. смягчающих обстоятельств; во-вторых, оценка личности помогает более полно раскрыть причины и условия, способствовавшие совершению преступления; в-третьих, полное исследование личности виновного способствует правильному решению вопроса о назначении вида наказания или об освобождении от уголовной ответственности и наказания. В судебной психологии личность обвиняемого была выделена как самостоятельный предмет исследования М.М. Коченовым.

Вместе с тем законодательные формулировки содержательно не раскрывают свойств личности обвиняемого, имеющих уголовно-правовое значение и подлежащих доказыванию, не уточняют, какие конкретно «обстоятельства, характеризующие личность обвиняемого», имеются в виду.

Это порождает две важные проблемы, являющиеся

актуальными и на сегодняшний день. Во-первых, дискуссионным остается вопрос об объеме судебного, а вследствие этого – и судебно-психологического экспертного исследования личности обвиняемого; во-вторых, остается недостаточно разработанным вопрос о предмете судебно-психологического экспертного исследования индивидуальных особенностей обвиняемого.

Экспертиза индивидуально-психологических особенностей в теоретических разработках развивалась в трех направлениях.

Первое направление, по мнению М.М. Коченова, сводилось «к обобщающей интерпретации в подлинно научных психологических понятиях данных о личности человека». В то же время М.М. Коченов указывал, что судебно-психологическая диагностика должна исследовать возможность влияния личностных особенностей на поведение в конкретных ситуациях. Именно определение меры влияния индивидуально-психологических особенностей на криминальное поведение и представляется наиболее значимым для индивидуализации ответственности и наказания. По мнению О.Д. Ситковской, с психологической точки зрения анализируемое влияние могло быть интерпретировано двояким образом: как закономерное или случайное принятие и реализация решения о преступлении, с одной стороны, и как влияние на способность управлять своим поведением в криминальной ситуации – с другой.

В практике судебной экспертизы эти два различных аспекта решения вопроса о существенном влиянии индивидуально-психологических особенностей обвиняемого на его поведение при совершении инкриминируемого ему деяния и определили второе и третье направления исследований в рамках КСППЭ.

В ряде работ под *существенным влиянием* личностных особенностей обвиняемого на преступное поведение подразумевалась прямая детерминация криминальной активности, на уровне реализации асоциальных ценностей и смысловых установок, или черт характера, способствующих проявлению агрессии. Особенно значимым фактором при этом, по мнению некоторых психологов, была диагностика этих качеств как ведущих, доминирующих в структуре личности и не компенсированных самоконтролем и защитными механизмами. При таком понимании «существенность» влияния личностных особенностей на конкретные действия не означала какой-либо выраженной меры ограничения способности к осознанию и регуляции своих действий и представляла собой установление у обвиняемого индивидуально-психологических особенностей, которые могли способствовать совершению конкретных противоправных деяний.

Другое направление исследований формулировку о существенном влиянии личностных особенностей раскрывало через ее отождествление с ограничением способности обвиняемого в полной мере осознавать значение своих действий и осуществлять произвольную их регуляцию, контроль. Характерно, что у подавляющего большинства подэкспертных, у которых такое влияние устанавливалось при экспертном исследовании, были различные формы психических расстройств (психопатия, органическое поражение головного мозга, инфантилизм и т. п.). В этом контексте *экспертное установление такого «существенного влияния» в рамках КСППЭ, по сути, восполняло пробел УК РСФСР, связанный с отсутствием каких-либо градаций при определении у обвиняемых «способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими», т. е. этот вид экспертизы являлся как бы эквивалентом отсутствующего в то время института «ограниченной вменяемости».*

В новый УК РФ (1997 г.) включена норма об учете психического расстройства обвиняемого, не исключающего вменяемости, при назначении наказания и принудительных мер медицинского характера. Разные теоретические аспекты ограниченной вменяемости были широко освещены в юридической, судебно-психиатрической и судебно-психологической литературе, изданной до 1997 г. (я имею в виду работы Ю.М. Антоняна, С.В. Бородина, С.В. Полубинской, статью, написанную мной в соавторстве с С.Н. Шишковым, книгу «Ограниченная вменяемость», изданную в Центре им. В.П. Сербского в 1996 г.), но проблема поиска критериев ее судебно-экспертной оценки со всей остротой встала только после введения в действие УК РФ.

Основной проблемой, требующей своего решения по мере накопления опыта практического применения КСППЭ ограниченной вменяемости, является разработка судебно-психологических критериев оценки меры влияния у обвиняемых психических расстройств, не исключающих вменяемости, на осознанно-волевое управление их противоправным поведением. Решение этой проблемы позволит дать типологию видов ограничения способности к осознанию и произвольной регуляции действий при совершении преступлений.

Основные экспертные понятия

Для разработки унифицированных критериев судебно-

экспертной психолого-психиатрической оценки ограниченной вменяемости в качестве первого шага необходимо проанализировать с экспертологических позиций формулировку ст. 22 УК РФ.

Констатация у обвиняемого любого психического расстройства нейтральна по отношению к задачам судопроизводства до тех пор, пока не будет дана экспертная оценка не только медицинского, но и юридического критерия. В качестве юридического критерия выступает квалификация ограниченной способности обвиняемого с психическим расстройством осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими. В целом данный критерий отражает ***способность быть субъектом уголовной ответственности***.

В ст. 22 УК РФ с психическими аномалиями связываются не только дифференцированный подход при определении наказания, но и возможность назначения принудительных мер медицинского характера. Лицам, страдающим психическим расстройством, не исключающим вменяемости (ч. 1 ст. 97 УК РФ), может быть назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ч. 2 ст. 99 УК РФ) «только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя и окружающих» (ч. 2 ст. 97 УК РФ). Традиционно юридически значимое качество психической аномалии, требующее принудительного лечения, обозначают как «общественную опасность». В то же время, как отмечает В.П. Котов, несмотря на то что цель применения принудительных мер медицинского характера сформулирована в УК РФ одинаково и для невменяемых лиц, и для лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (согласно ст. 98 УК РФ, этой целью является излечение или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний), по существу эти принудительные меры принципиально различаются. Деяния вменяемых (пусть и ограниченно вменяемых) лиц трактуются как преступления, а с целью предотвращения их повторения к ним применяется наказание. Поэтому уместнее в этом случае говорить о том, что оказание лечебной помощи должно «способствовать достижению целей наказания». Этот юридический критерий отражает уже не способность обвиняемого быть субъектом уголовной ответственности (хотя предполагает наличие этой способности), а ***способность быть субъектом отбывания наказания***.

Таким образом, правовые последствия ограниченной

вменяемости являются сложными, состоящими из двух элементов, – способности быть субъектом уголовной ответственности и субъектом отбывания наказания. Соответственно можно выделить и два «экспертных» понятия, которые отражают два аспекта уголовно-правовой значимости психического расстройства: ***1) психическое расстройство, ограничивающее способность обвиняемого осознавать значение криминальных действий или руководить ими; 2) психическое расстройство, определяющее общественную опасность обвиняемого.***

Критерии экспертной диагностики ограничения способности обвиняемого к осознанию и регуляции своих действий

С учетом множества психологических подходов к проблеме мотивации задача разработки критериев экспертной оценки агрессивных действий обвиняемых не может быть решена путем привлечения какой-либо одной теоретической схемы для анализа поведения. Необходимо, во-первых, интегрировать разные подходы, во-вторых, их операционализировать, т. е. перейти с абстрактного уровня объяснения поведения (уровня, неизбежного при построении теории) на конкретный объяснительный уровень, который позволит анализировать каждый отдельный случай криминальной агрессии. Иными словами, следующим шагом при разработке клинико-психологических критериев экспертной оценки криминально-агрессивного поведения обвиняемых является построение схемы анализа ограничения способности к осознанию и регуляции действий, интегрирующей различные психологические подходы к анализу поведения.

Ограничение способности к осознанию и руководству действий

Основным и дискуссионным является следующий вопрос: в чем конкретно проявляется психологический результирующий эффект неспособности к полному осознанию и регуляции поведения? Ответ на этот вопрос необходим – *законодательная формулировка ст. 22 УК РФ задает лишь внешний оценочный критерий, который принципиально нуждается в содержательной психологической интерпретации*.

В отечественном уголовном праве границы виновной ответственности определяет осознанное и целенаправленное поведение. В случае невменяемости общественно опасное деяние

обвиняемого нельзя признать адекватным действием (в психологическом смысле), реализующим определенную цель – осознанный образ предвосхищаемого результата действия. Другое дело – состояние вменяемости: преступление как виновно совершенное общественно опасное деяние всегда целенаправлено и осознано. В случае «ограничения способности к осознанию и регуляции действий» мы можем говорить об адекватной (в отличие от состояния невменяемости), но недостаточной целенаправленности и осознанности противоправных действий (в отличие от «полной способности к осознанию и регуляции действий»). В конкретной ситуативной мотивации преступления, на наш взгляд, это выражается в первую очередь в существенном *ограничении свободы выбора действия*. Именно нарушение свободы выбора действия у обвиняемого под влиянием психопатологических, эмоциональных, личностных факторов и факторов психического развития, взаимодействующих с определенной ситуацией и определяющих неполное осознание и снижение способности к произвольной регуляции своих действий, можно соотнести с философской категорией ограничения «свободы воли», которая в уголовно-правовом преломлении определяет индивидуализацию уголовной ответственности, приводя, как правило, к более мягким мерам наказания.

Мотивация

1. *Процесс свободы выбора действия может нарушаться уже на стадии инициации действия, при принятии решения (рационального или эмоционального) о поступке, целеполагании.* Это происходит в основном при чрезмерном доминировании в актуальном поле сознания определенных побуждений (интенсивности побудительной силы мотивов, потребностей, влечений, эмоций, личностных диспозиций) и намерений (ценностей, смыслообразующих мотивов). Как следствие, это приводит к значительному сужению выбора возможных целей и, более того, в конкретных ситуациях – часто к безальтернативной инициации таких действий, которые в сознании обвиняемого предстают как «единственно возможные», несмотря на осознание их фактического характера.

Нарушения процесса выбора действия при более или менее свободной его инициации можно связать со следующими ограничениями.

2. *Ограничение выбора промежуточных целей* и соответственно действий и операций, ведущих к достижению основной цели

(результата). Как показано в «модели линзы» Э. Брунсвика, в структуре мотивации к реализации одной и той же цели ведут различные («эквифинальные») пути и средства, отражающие многообразные явления и объекты, релевантные даже единственному намерению. Промежуточные действия и операции, сообразные конечной цели, с психологической точки зрения нейтральны к уголовно-правовой их оценке, они могут включать как социально приемлемые, так и криминально-агрессивные поступки. Взаимодействие ситуативных и личностных (определяемых и психическим расстройством) факторов может обусловливать невозможность выбора правомерных способов реализации цели.

3. *Затруднения при необходимости изменения уже реализуемого действия* (и соответственно инициации нового действия) *или полного отказа от действия* – при изменении объективного содержания ситуации. Актуальное поведение – это функция непрерывного взаимодействия и обратной связи между индивидом и ситуацией, в которую он включен. Динамика ситуации, изменения поведения других людей, также непосредственно включенных в ситуацию, часто меняют смысл действий обвиняемого и требуют их коррекции. Но психическое состояние обвиняемого, обусловливающее игнорирование внешних изменений, может препятствовать нормальному контролю и коррекции своего агрессивного поведения.

Таким образом, можно определить *свободу выбора действия*, по аналогии с определением свободы выбора жизнедеятельности, данным Д.А. Леонтьевым, как *способность человека в конкретной ситуации к осознанной инициации, изменению или прекращению своего действия на любой стадии его протекания, а также к отказу от него*.

Для экспертной оценки ограниченной вменяемости имеет значение такое ограничение свободы выбора действия, которое определяется неспособностью обвиняемого в полной мере осознавать свои действия или осуществлять волевую регуляцию своего поведения под влиянием психопатологических, эмоциональных и личностных факторов. Рассматривая ограничение свободы выбора осознанного и целенаправленного действия как результирующий мотивационный эффект ограничения способности обвиняемого осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, выделим определяющие, с нашей точки зрения, факторы этого ограничения.

Осознание

Существенным аспектом осознания своего поведения, расширяющим степень свободы выбора действия, является *рефлексия как решение «задачи на смысл»* (по Леонтьеву А.Н.). Понимание своих целей по отношению к мотивам и ценностям, осознание действительного смысла своих действий делают поведение человека более свободным, давая возможность выйти за пределы непосредственных связей и отношений конкретной ситуации. Важную роль при принятии решения о поступке, при целеполагании играют *оценочные* процессы – способность к целостной оценке ситуации и к оценке собственных возможностей. Адекватное осмысление границ, задаваемых внешней ситуацией по отношению к собственным действиям, а также границ, определяемых своими индивидуально-психологическими особенностями, делает выбор цели более осознанным и реалистичным. При нарушениях процессов оценки и самооценки (в силу психических аномалий, уровня развития, особых эмоциональных состояний) целеполагание может претерпевать значительные искажения и ограничения.

На стадии уже не целеполагания, а целедостижения ведущее значение для осуществления свободного действия, способности в любой момент, учитывая динамику ситуации, совершать адекватные конечной цели промежуточные действия, изменять конечные цели (инициируя новые действия) или отказываться от них имеют такие компоненты сознания, как *оценка промежуточных целей, контроль и прогноз* своих действий. Эти структуры сознания являются основой возможности коррекции поведения на любом этапе его протекания. Естественно, инициация новых действий, адекватных изменениям ситуации, требует циклического повторения вышеописанных этапов осознания ситуации. И наконец, в процессы осознания своих действий, как необходимый элемент свободы выбора действия, мы должны включить и *оценку их последствий*. В отличие от оценки промежуточных результатов и прогноза конечного результата действия оценка последствий поступка не всегда предполагает возможности коррекции поведения: субъект не может полностью влиять на эти последствия, они в известной мере независимы от него. В то же время такая оценка, как пишут И.И. Гуревич и И.М. Фейгенберг, имея вероятностный характер, также влияет на свободу выбора действия.

Регуляция

Важнейшим фактором свободы выбора действия являются

ресурсы свободы выбора, задаваемые как внешними (ситуативными) обстоятельствами, так и личностными особенностями. Ф. Хайдер различал «эффективные возможности личности» и «эффективные возможности окружения».

Личностные ресурсы включают намерение («интенцию») и побуждение («настойчивость»), т. е. конкретную мотивацию как переменный компонент возможностей личности, а также способности – как постоянный компонент. Личностные ресурсы могут быть ограничены в мотивационном плане особым эмоциональным или потребностным состоянием, в плане способностей – уровнем психического (интеллектуального и личностного) развития, характером психического расстройства, индивидуальными особенностями.

В окружении основную роль играет «трудность» внешних условий, задающих спектр возможных действий, определяемый не субъектом, а характером самой ситуации. Внешние ресурсы особо сужаются (ограничивая спектр выбора возможных целей) в психотравмирующих ситуациях. Для экспертной оценки ограничения способности к осознанию своих действий значение имеет не столько анализ свойств ситуации, задающих объективный диапазон возможных целей, сколько анализ субъективного восприятия этой ситуации, зависимый от личностных особенностей (обусловленных психическим расстройством) и психического состояния обвиняемого. Важно диагностировать причины субъективного сужения спектра возможных действий – почему те или иные действия представляются подэкспертному субъективно невыполнимыми или субъективно неприемлемыми.

Если рефлексия как решение задачи на смысл обращена к осознанию ценностных и мотивационных оснований собственных действий, а самооценка – к осмыслению возможности их реализации в конкретной ситуации с учетом своих способностей, то оценка ситуации направлена на понимание границ, задаваемых ситуацией, которые определяют ограничение круга возможных действий.

Наряду с внешними и личностными ресурсами свободу выбора определяет *способность к переходу на более высокий уровень личностной регуляции действия*. В мультирегуляторной концепции личности Д.А. Леонтьева выделяются несколько измерений человеческого действия, которые в разных пропорциях интегрируются в конкретном поведении. Они отражают различные системы отношений человека с миром и соответственно регуляции поведения. Первые три логики отношений – удовлетворения потребностей, реагирования на

стимул, предрасположенности – являются ограничительными с точки зрения свободы выбора действия, поскольку в этих системах отношений человек является зависимым от структур, внешних по отношению к его личности (экзистенциальному Я): от биологических влечений и потребностей, от ситуативных требований, от собственных черт характера, темперамента. Четвертая логика – социальной нормативности – может обусловливать как несвободу личности в поведении (конформизм, зависимость от асоциальных ценностей малой группы, деиндивидуализация и перекладывание ответственности на лидера в тоталитарных религиозных сектах), так и, напротив, свободу от группоцентрических ожиданий, при учете интересов более широких социальных групп, общества в целом. В отличие от потребностной, реактивной и диспозиционной регуляции поведения, ограничивающейся достижением цели «здесь-и-теперь», социально-нормативная регуляция расширяет контекст деятельности, включая референтные социальные группы в структуру отношений с окружающим миром. Подлинную свободу выбора действия обеспечивает логика смысла (жизненной необходимости), когда действие ориентировано на смысл – т. е. на всю систему отношений человека с миром и дальнюю временную перспективу. На наш взгляд, способность субъекта к трансценденции на смысловой и социально-нормативный уровень регуляции поведения является одной из ключевых для осуществления возможности свободного выбора действия.

Варианты ограниченной вменяемости обвиняемых в криминально-агрессивных действиях

Основываясь на выделенных критериях экспертного установления ограниченной вменяемости, рассмотрим основные виды ограничения способности обвиняемых с психическими расстройствами к осознанно-волевому поведению при различных по психологическим механизмам агрессивных преступлениях.

Агрессия, совершенная под влиянием алкогольного опьянения

Алкогольная интоксикация у человека обусловливает генерализацию угрожающего смысла ситуаций, что вызывает агрессивные побуждения, которые не контролируются из-за слабой выраженности компенсаторных механизмов, способных либо снизить субъективную значимость ситуации, либо препятствовать прямому проявлению агрессивности в поведении.

У части обвиняемых, совершивших правонарушения по этому

психологическому механизму, была установлена ограниченная вменяемость. Преступления они совершали в нейтральных, не носящих психотравмирующего характера, ситуациях. Все обвиняемые – с диагнозом «органическое психическое расстройство». Они характеризовались слабой способностью к опосредованию и контролю своих агрессивных побуждений, а также ярко выраженной эпилептоидностью. Другой общей особенностью являлся характер алкогольного опьянения – у всех обвиняемых установлена «измененная (атипичная) форма опьянения», вызвавшая выраженные изменения сознания, установлен «псевдоэпилептоидный вариант» этого опьянения.

Ситуационное агрессивное побуждение у таких обвиняемых возникает под влиянием субъективного представления об угрожающем характере ситуации в состоянии алкогольного опьянения, значимость которой усиливается особенностями смыслового восприятия эпилептоидных личностей, придирчивостью, склонностью интерпретировать объективно нейтральные высказывания окружающих в обидном для себя смысле. В ситуации актуализируется и личностная диспозиция в виде эпилептоидности: постоянная готовность к агрессивным действиям по отношению к действительным и мнимым обидчикам, жестокость, брутальность, застойность эмоционально насыщенных переживаний. Измененная форма опьянения у эпилептоидных личностей приводит к резкому росту эмоционального возбуждения с сужением и изменением сознания (с возникновением иллюзорных восприятий), что обусловливает резкое ограничение выбора действия. По существу, выбор агрессивного действия носит импульсивный, неопосредованный характер. На этапе инициации действия оценка искажена, доминирует оценка ситуации или действий окружающих как угрожающих, оскорбительных и т. п. Изменение действия в динамике ситуации или отказ от агрессивных действий в принципе возможны, но сильно затруднены из-за ригидности мотивации, обусловленной алкогольным опьянением, с одной стороны, и аффективной ригидностью в структуре эпилептоидности – с другой. В целом изменения ситуации не вызывают изменения цели. Агрессивное поведение может представлять собой серию последовательных поведенческих актов, но все они жестко соподчинены единой цели. Ограничения в изменении действия или отказе от него обусловливаются и нарушениями смыслового восприятия ситуации из-за сужения сознания на высоте эмоционального возбуждения. Это препятствует рефлексии как решению задачи на смысл, в сознании доминирует эмоциональная окраска личностного

смысла своих действий. В результате контроль своих агрессивных действий у обвиняемых оказывается резко сниженным, несмотря на относительную сохранность прогноза их результата. Оценка же последствий своих поступков снижена, она носит формальный характер из-за избыточной значимости достижения агрессивной цели в актуальной ситуации.

Таким образом, результирующим эффектом нарушений осознания и регуляции своих действий у эпилептоидных личностей с органическим поражением головного мозга является резкое ограничение свободы выбора действия. Внешние ресурсы выбора действий в целом не ограничены. Вместе с тем резко ограничены внутренние ресурсы, обусловленные искажением смыслового восприятия, диспозиционными факторами (эпилептоидность), ригидностью мотивации в состоянии атипичного алкогольного опьянения. Способность к смысловой регуляции поведения практически отсутствует. Доминирует диспозиционная логика действий.

Решающим фактором ограничения выбора действия при данном механизме криминальной агрессии выступает измененное состояние сознания под влиянием алкогольного опьянения, опосредованного органическим психическим расстройством, с проявлением в состоянии атипичного опьянения эпилептоидности (формирование которой также обусловлено психическим расстройством), оказывающей влияние на структуру мотивации агрессивного поведения.

Криминальная агрессия, совершенная под влиянием групповых воздействий

Механизм группового влияния на агрессивное поведение сводится к неосознанной частичной идентификации обвиняемого с субъективно значимым для него лидером неформальной группы и, как следствие, снятию личной ответственности за совершенные преступления. Модель динамики идентификации на примере индуцированных психозов описана нами с Е.В. Макушкиным. Преступления, совершаемые обвиняемыми в группе, были запланированными, при этом сами обвиняемые выступали в роли ведомых.

Ограниченная вменяемость установлена у одной десятой части обвиняемых, совершивших правонарушения по этому психологическому механизму. Эти обвиняемые страдали расстройством личности или органическим психическим расстройством. Общим свойством у них была личностная незрелость, а также аффективная ригидность – сочетание, облегчающее процесс неосознанной идентификации с лидером.

Агрессивное намерение или побуждение выступают как

следствие частичной идентификации с субъективно значимым авторитетом и соответственно частичного усвоения его мотивации. Побудительный фактор в данном случае внешний – действия, требования, приказы лидера. Однако этот внешний фактор преломляется через внутреннюю готовность обвиняемого следовать образцам поведения, задаваемых значимым для него лицом. Эта внутренняя установка определяется не внушаемостью как генерализованной чертой личности, а избирательной внушаемостью по отношению к субъективно значимому авторитету вследствие неосознанной идентификации с ним. Идентификация является частичной, поэтому парциальное принятие «картины мира» лидера часто сопровождается борьбой мотивов при необходимости выполнять такие действия, которые противоречат собственным ценностям обвиняемого. Можно сказать, что агрессивные действия ведомого обладают конфликтным личностным смыслом, что затрудняет их рефлексию как решение задачи на смысл. Конфликтность смысла действия может осознаваться на рациональном уровне или в виде отрицательных эмоциональных ощущений, но сам смысл собственного поступка не осознается. Сниженными остаются также возможности самооценки и оценки объективной ситуации, поскольку они производятся по внешним критериям в силу частичного эмоционального уподобления с лидером и частичного принятия его «когнитивного пространства». Это приводит к несамостоятельности в принятии решения и выборе действия. Собственно говоря, ответственность за выбор действия у таких обвиняемых и не формируется – субъективно эта ответственность «делегируется» авторитету, полностью перекладывается на него. Ресурсы свободы выбора здесь резко ограничены. Ограничение внешних ресурсов определяется давлением лидера, а внутренние практически отсутствуют из-за идентификации обвиняемого с лидером. Внешняя по отношению к личности обвиняемого инициация агрессивного действия сопровождается и внешним контролем этого действия – контроль осуществляется с личностной позиции не самого субъекта действия, а с позиции лидера. Это обусловливает и сниженную способность к изменению действия или полному отказу от него. Изменение действия или его прекращение возможно практически только под влиянием указаний лидера. При этом оценка последствий своих действий сохранна, но носит формальный характер, – ответственность за последствия передается субъективно значимому авторитету.

Таким образом, выбор свободного действия при осознании его фактического характера и неполном осознании его

общественной опасности у обвиняемого, частично идентифицировавшего себя со значимым для него лидером, практически отсутствует. Такой обвиняемый не способен к переходу на смысловой уровень регуляции своего криминального поведения – такая регуляция полностью осуществляется на узко группо-центрическом уровне, игнорируя собственные ценности и социальные нормы.

Ведущим звеном ограничения свободы выбора действия при психологическом механизме криминальной агрессии в виде межличностного давления является частичная идентификация с субъективно значимым авторитетом, влияющая на все этапы конкретно-ситуативной мотивации криминальной агрессии. Эта идентификация обусловлена личностной незрелостью. Личностная незрелость может быть индивидуальной особенностью в рамках психической нормы или следствием определенного психического расстройства. В первом случае формулируется экспертный вывод о существенном влиянии индивидуально-психологических особенностей обвиняемого на криминальное поведение, а во втором – об ограниченной вменяемости.

Агрессия как результат неадекватной оценки ситуации

Этот вариант раскрывает роль личностной незрелости и интеллектуальной недостаточности в генезе агрессивных поступков: обвиняемые с умственной отсталостью не могут соотнести возможности и требования ситуации со своими личностными ресурсами. Экспертные оценки об ограниченной вменяемости подэкспертных лиц выносились во всех проанализированных случаях. Характерно, что у всех обвиняемых отмечены личностные нарушения – в виде «психопатизации личности» или «эмоционально-волевых нарушений». Индивидуально-психологические особенности всех обвиняемых складывались из сочетания низкой агрессивности и невыраженности личностных структур, тормозящих агрессивные проявления.

Агрессивные побуждения могли возникать под влиянием различных мотивов – ревности, корысти, ситуационных воздействий, однако выбор действия и принятие решения имели в своей основе неверную смысловую оценку ситуации. И рефлексия как осмысление своих действий, и рефлексия как осмысление объективных условий ситуации существенно снижались, что приводило к неопосредованной инициации агрессивного действия, снижению контроля и возможности коррекции своего поведения. Оценка последствий, как правило, была неполноценной, о чем косвенно свидетельствовали и попытки

обвиняемых скрыть следы преступлений после осознания того, что они сделали.

В этом виде механизма преступных действий у обвиняемых, неспособных в полной мере осознавать и регулировать свои действия, в первую очередь резко ограничены личностные ресурсы выбора действия (в силу личностной и интеллектуальной незрелости), а также существенно страдает оценка внешних, ситуативных, ресурсов. Сама ситуация объективно предоставляла возможность для широкого диапазона поведения, но в силу дефектности когнитивной и смысловой оценки ситуации субъективно спектр возможных действий резко сужался. Основной причиной этого является невозможность перейти на смысловой уровень регуляции своего поведения. Социально-нормативный уровень в ситуации правонарушения также оставался в качестве «знаемого», но реально не оказывавшего влияния на руководство своими поступками.

Отсроченная агрессия

Этот вариант описывает отсроченную из-за повышенного самоконтроля реализацию агрессивных побуждений, интенсифицирующихся в результате самовзвинчивания, при этом агрессия выступает не как разрядка выраженных эмоций, а как проявление личностной агрессивности. Практически во всех случаях выносились экспертные решения об ограниченной вменяемости. Большинство обвиняемых страдали органическим психическим расстройством, сопровождавшимся психопатизацией личности, у остальных диагностировалось расстройство личности (психопатия возбудимого круга). Общим личностным свойством у всех обвиняемых наряду с возбудимостью была ярко выраженная склонность к самовзвинчиванию при достаточно развитом самоконтроле.

При этом варианте механизма криминальной агрессии у лиц с ограниченной способностью к осознанно-волевому поведению агрессивное побуждение возникает спонтанно, как актуализация диспозиции в виде высокой агрессивности в нейтральной ситуации или как реакция на психотравмирующие ситуационные воздействия. На первом этапе динамики поведения наличие тормозящих агрессию личностных структур обусловливает осознание смысла ситуации, более или менее адекватную оценку ситуации и самооценку, что приводит к воздержанию от противоправных агрессивных действий. На этой стадии сохраняется способность к свободному выбору действия под влиянием и осознания своего поведения, и волевой его регуляции. Однако на следующем этапе, по прошествии некоторого отрезка времени, характерная для обвиняемых

склонность к самовзвинчиванию определяет резкий рост эмоционального напряжения, связанного с нереализованностью сильного агрессивного побуждения. Нарастание эмоциональной напряженности в совокупности с интенсивностью диспозиционно обусловленной агрессивной мотивации приводит к тому, что в определенный момент наступает разрядка в виде противоправного действия. Поведение обвиняемого в момент совершения преступного деяния, сохраняя связь (и смысловую, и побудительную, энергетическую) с агрессивным мотивом, теряет контроль со стороны целеполагания, со стороны волевой регуляции. Выбор действия становится ограниченным, соподчиненным только интенсивной мотивации, без опосредования промежуточными целями, что приводит к затруднениям в коррекции своего поведения: оценка ситуации становится неадекватной, смысл своих действий отражается в сознании лишь частично, в виде эмоциональной окраски переживаний, контроль действий оказывается практически утраченным и, несмотря на формальную сохранность прогноза результата своих поступков, оценка их последствий дезактуализируется – на первый план выступает непосредственная разрядка высокой эмоциональной напряженности, сопровождающейся агрессивными переживаниями.

Таким образом, при сохранности внешних ресурсов свободы выбора действия у этих лиц резко ограничены личностные ресурсы, в первую очередь вследствие личностной дисгармонии и решающего вклада в механизм агрессивного поведения склонности к самовзвинчиванию.

Склонность к самовзвинчиванию – понятие, широко используемое в психиатрии, является причиной роста внутреннего эмоционального напряжения вне зависимости от ситуативных факторов. Эмоциональное напряжение, связанное с невозможностью реализации диспозиционной агрессивности в силу наличия личностных структур, препятствующих этой реализации, в этом случае развивается аутохтонно, и его нарастание никак не связано с содержанием и динамикой внешней ситуации. Поэтому здесь четко прослеживается связь между характером психического расстройства и ограничением способности к осознанию и регуляции своего поведения, что и дает основания оценивать обвиняемых в криминальной агрессии как ограниченно вменяемых. Те же лица, которые реализуют свою склонность к самовзвинчиванию непосредственно (не отсроченно) в конфликтной ситуации, обычно признаются вменяемыми без всяких ограничений, поскольку, не противодействуя ее влиянию

на свое поведение, они осознанно пренебрегают самоконтролем известных им психических недостатков. Ограниченно же вменяемые субъекты пытаются контролировать тенденцию к самовзвинчиванию, и на некоторое время это им удается, однако личностная дисгармония приводит к утрате самоконтроля. Им практически не удается перейти на смысловой уровень регуляции поведения, их действия регулируются согласно диспозиционной логике.

Криминально-агрессивные действия, совершаемые под влиянием эмоционального возбуждения и алкогольного опьянения в психотравмирующей ситуации

Ограниченная вменяемость при этом варианте криминальной агрессии устанавливалась примерно в 15 % случаев, в основном у лиц с органическим психическим расстройством, а также у одного обвиняемого с диагнозом «эпилепсия» и у одного – с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство». У всех подэкспертных, при всем разнообразии их индивидуально-психологических особенностей, был ярко выражен «эпилептоидный радикал» личности с аффективной ригидностью, склонностью к фиксации на отрицательных переживаниях и их накоплению, негибкостью поведения, повышенной подозрительностью, злопамятностью, ощущением недоброжелательного или враждебного отношения со стороны окружающих. Все правонарушения возникали в ответ на психотравмирующие воздействия со стороны потерпевших, чаще всего – на высказывания оскорбительного характера, затрагивающие наиболее значимые для обвиняемых личные переживания, во время совместного употребления алкогольных напитков.

Внешне динамика психического состояния обвиняемого напоминает развитие эмоциональной реакции по типу физиологического аффекта. Однако криминальное действие не приводит к разрядке эмоционального напряжения, злобное и брутальное отношение к жертве остается еще долго после совершения правонарушения и посткриминальная фаза не сопровождается какими-либо проявлениями психической и физической астении, напротив, сохраняется высокий уровень напряжения и мобилизации. Психологический механизм криминальной агрессии, как видно, отличен от внутренней структуры физиологического аффекта. Такие эмоциональные состояния описаны И.А. Кудрявцевым как «аномальные аффекты».

Агрессивное побуждение в описанных случаях, таким образом, было ситуационно обусловлено и характеризовалось выраженной интенсивностью. Наблюдалось частичное сужение

сознания, однако оно выражалось не столько во фрагментарности восприятия (как при аффекте), сколько в заполненности сознания переживаниями, связанными с психотравмирующими обстоятельствами. В силу повышенной эпилептоидности и ригидности эти переживания носили «застойный» характер, препятствовали процессам рефлексии, оценки окружающей обстановки, самооценки, что обусловливало безальтернативный выбор агрессивного действия. Инициация действия была импульсивной, слитой с принятием решения, а возможность коррекции для изменения действия или его остановки ограничивалась отсутствием оценки промежуточных результатов, сниженным контролем и прогнозом последствий своего поведения. В целом, ограничение контроля выступало как эффект суммарного действия одновременно трех факторов – психотравмирующего характера ситуации, состояния алкогольного опьянения и в первую очередь личностных особенностей обвиняемых с исходной дефицитарностью структур, способных тормозить проявления агрессивных побуждений. Поскольку и эпилептоидность (как фактор, определяющий особенности восприятия психотравмирующих воздействий и инициацию агрессивных действий), и невыраженность личностного контроля своего поведения непосредственно формируются под влиянием органических мозговых нарушений, закономерным является экспертный вывод о неспособности таких обвиняемых в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими вследствие психического расстройства.

В этом варианте психологического механизма криминальной агрессии свобода выбора действия определяется как резким ситуативным ограничением внешних ресурсов (противоправные действия потерпевшего), так и выраженным ограничением личностных ресурсов, определяемых психической патологией и состоянием опьянения. Доминирует реактивная детерминация противоправного поведения, подкрепляемая выраженным влиянием на мотивацию и диспозиционных механизмов. Способность к смысловой регуляции своего поведения существенно снижена.

Агрессивные действия, совершаемые обвиняемыми в состоянии декомпенсации

Во всех случаях устанавливалась ограниченная вменяемость. У большинства обвиняемых определялась декомпенсация личностных черт, обусловленных психопатией (расстройством личности), у двух – психопатоподобным оформлением органического психического расстройства, у одного –

психопатоподобным состоянием при алкоголизме.

Декомпенсация психического состояния, наступавшая в основном в психотравмирующих условиях, обусловливала рост эмоционального напряжения и ослабление личностных структур, компенсаторных по отношению к выраженным свойствам личности (связанных в основном с возбудимостью), которые определяют их социальную дезадаптацию. Агрессивное побуждение актуализировалось как реализация личностной диспозиции, а ее интенсивность была связана с отсутствием компенсаторных личностных черт и с состоянием эмоционального напряжения. Возможности осознания смысла своих действий и объективной ситуации у обвиняемых в состоянии декомпенсации были существенно снижены, что клинически квалифицировалось как снижение критичности. Принятие решения и выбор действия были обусловлены ситуативными психотравмирующими воздействиями и совершались импульсивно. Снижение контроля и прогноза своих действий, связанное с исчезновением личностных структур, компенсирующих агрессивные диспозиции, определяло и ограничение возможности корригировать свои действия.

В этом варианте криминальной агрессии ограничение свободы выбора действия связано прежде всего с резким сужением личностных ресурсов – аномальная структура личности определяла очень узкий диапазон возможных вариантов поведения, который еще более сужался в психотравмирующей ситуации. Способность к смысловой регуляции поведения снижается под воздействием двух факторов – доминирования некомпенсированных личностных патологических особенностей и повышенной реактивности по отношению к ситуативным воздействиям. Смысловая регуляция поведения сменяется диспозиционно-реактивной.

Соотношение экспертных выводов об ограниченной вменяемости и существенном влиянии индивидуально-психологических особенностей обвиняемого на поведение

Первым вариантом экспертного заключения КСППЭ является определение ***ограниченной вменяемости и/или существенного влияния на поведение индивидуально-психологических особенностей обвиняемого.***

При КСППЭ экспертные решения об ограниченной вменяемости обвиняемых в агрессивных преступлениях в момент совершения деликта и/или о существенном влиянии их

индивидуально-психологических особенностей на криминальное поведение могут выноситься в рамках определения разных психологических механизмов криминальной агрессии – агрессии, возникшей под влиянием лидера группы или диады, субъективно значимого и авторитетного для обвиняемого, или агрессии, возникшей у обвиняемого в состоянии алкогольного опьянения в психотравмирующей ситуации.

При ограничении свободы выбора действия вследствие недостаточного осознания ситуации и регуляции своего поведения, вызванного безотчетной идентификацией с лидером у обвиняемого с личностной незрелостью и чертами аффективной ригидности, но без психической патологии (у психически здоровых, лиц с акцентуациями характера), или с психическим расстройством, которое не внесло своего «вклада» в механизм частичной идентификации, выносится экспертное решение о существенном влиянии на поведение индивидуально-психологических особенностей. Констатация такой же неполной способности к осознанно-волевому поведению у лиц с психическими аномалиями, которые обусловили идентификацию с лидером, приводит к определению ограничения способности обвиняемого к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий и руководству ими вследствие психического расстройства, не исключающего вменяемости.

При неспособности в полной мере осознавать и осуществлять произвольную регуляцию и контроль своих агрессивных действий, возникших в ответ на психотравмирующие воздействия у эпилептоидных лиц без психического расстройства в состоянии алкогольного опьянения (например, при акцентуации характера по эпилептоидному типу), также следует экспертное решение о существенном влиянии личностных особенностей на поведение. При органических психических расстройствах, эпилепсии, хроническом алкоголизме (не исключающих вменяемости) у лиц с эпилептоидным складом личности в аналогичных ситуациях диагностируется ограниченная вменяемость.

Таким образом, экспертное решение комиссии КСППЭ может ограничиться только констатацией существенного влияния индивидуально-психологических особенностей обвиняемого на его криминальное поведение (компетенция судебного эксперта-психолога) или дополнить это экспертное решение определением неполной способности к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий, руководству ими вследствие психического расстройства, не исключающего вменяемости (совместная компетенция судебного эксперта-

психиатра и эксперта-психолога). В принципе решение комиссии экспертов в последнем случае может выразиться только в выводе об ограниченной вменяемости, в силу юридической определенности такого заключения (ст. 22 УК РФ), если проводится только однородная судебно-психиатрическая экспертиза.

Другим вариантом экспертного заключения является определение ***только ограниченной вменяемости, которое интегрирует в себя вывод психолога-эксперта о существенном влиянии индивидуально-психологических особенностей обвиняемого на поведение.***

В ряде случаев экспертные решения КСППЭ не могут быть альтернативными. Иными словами, в этих случаях не может устанавливаться или ограниченная вменяемость, или существенное влияние на поведение личностных особенностей. Такое положение дел объясняется тем, что в этих ситуациях экспертное решение об ограничении способности обвиняемого к осознанно-избирательному поведению в момент совершения преступления опирается на определение психологических механизмов криминальной агрессии, в которых решающее значение имеют индивидуально-психологические особенности, обусловленные психическим расстройством.

Так, при отсроченной агрессии механизм ситуативного торможения агрессивных побуждений с последующей их реализацией объясняется наличием у лиц с психопатией или расстройствами личности при органическом поражении головного мозга компенсаторных по отношению к исходной возбудимости механизмов, что сочетается с выраженной склонностью к самовзвинчиванию – все эти личностные свойства формируются в рамках психопатических или психопатоподобных расстройств.

При агрессии у лиц с психическим недоразвитием суженные возможности правильной оценки ситуации, а как следствие – и ограничения выбора правомерного действия в актуальной ситуации, обусловлены низким уровнем интеллектуальной и личностной зрелости, что прямо связано с их психическими расстройствами – олигофренией или психическим (органическим) инфантилизмом.

Агрессия у лиц, находящихся в момент совершения преступления в состоянии атипичного алкогольного опьянения, обусловлена изменениями психического состояния в структуре атипичных, утяжеленных форм опьянения, зависимыми от совокупного влияния органических расстройств разного генеза (в том числе и вследствие хронического алкоголизма) и

эпилептоидного склада личности.

Криминально-агрессивные действия, совершаемые обвиняемыми в состоянии декомпенсации, обусловлены диспозиционным влиянием черт личности, облегчающих проявления агрессии, которые в этом состоянии не компенсируются другими чертами, тормозящими такие проявления. Это непосредственно связано с динамикой психопатий или расстройств личности в рамках органического поражения головного мозга.

Поэтому экспертные решения КСППЭ при рассматриваемых психологических механизмах криминальной агрессии почти совпадают с диагностикой этих психологических механизмов (особенно при определении декомпенсации личностных черт и психического состояния, а также при установлении умственной отсталости или психического инфантилизма) и представляют собой определение ограничения способности обвиняемых в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими вследствие психического расстройства, не исключающего вменяемости. Это экспертное решение является достаточным при проведении однородной судебно-психиатрической экспертизы, а при производстве КСППЭ экспертное решение о существенном влиянии личностных особенностей обвиняемых на их криминальное поведение должно интегрироваться в заключение об ограниченной вменяемости и использоваться при его обосновании. В целом в этих случаях экспертное решение является прерогативой судебных экспертов-психиатров, хотя может быть сферой и совместной компетенции психиатров и психологов.

Критерии назначения принудительных мер медицинского характера

К факторам риска повторных общественно опасных действий, которые могут служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, относятся психические расстройства, непосредственно влияющие на мотивацию преступления и способность к избирательному поведению. Следовательно, выявление криминогенных психопатологических факторов предполагает, во-первых, определение таких механизмов криминальной агрессии, в которых решающее значение имеют стабильные индивидуально-психологические особенности, обусловленные психическим

расстройством, во-вторых, установление такого влияния психических аномалий, которое ограничивает способность обвиняемого к свободному выбору действия в криминальной ситуации.

Этим критериям отвечает экспертное клинико-психологическое определение ограниченной вменяемости у обвиняемых с разными формами психической патологии, совершивших преступления по следующим психологическим механизмам:

– отсроченной агрессии;

– агрессии при неадекватной оценке ситуации вследствие психического недоразвития;

– агрессии в состоянии атипичного алкогольного опьянения;

– агрессии в структуре декомпенсации.

По данным исследования, практически во всех случаях при рассматриваемых типологических вариантах криминальной агрессии констатация ограниченной вменяемости (ч. 1 ст. 22 УК РФ) сопровождалась рекомендацией к применению принудительных мер медицинского характера (в соответствии с ч. 2 ст. 22 УК РФ).

Так, при *отсроченной агрессии* основным психологическим диагностическим признаком повышенного риска повторных общественно опасных деяний является выраженная склонность к самовзвинчиванию у лиц с расстройствами личности или органическими личностными расстройствами, которая сочетается с наличием компенсаторных по отношению к исходной возбудимости механизмов. Такая дисгармоничная структура личности обвиняемых с психическими расстройствами может обусловливать криминально-агрессивные действия даже в нейтральных ситуациях.

При *агрессии лиц с разными формами психической незрелости* диагностически значимым с психологической точки зрения является определение низкого уровня интеллектуального и личностного развития как следствия умственной отсталости. Вызванные психическим недоразвитием суженные возможности правильной оценки ситуации могут приводить к криминальным действиям в относительно нейтральных, не психотравмирующих условиях, которые предъявляют повышенные требования к личностным возможностям обвиняемых. При психопато-подобном оформлении умственной отсталости таких лиц вероятность повторных опасных действий еще более повышается.

При *агрессии в состоянии атипичного алкогольного опьянения* наиболее информативной является диагностика органического психического расстройства, определяющего аномальные,

измененные формы алкогольного опьянения; выраженного эпилептоидного типа личности; а также установление влечения к алкоголю – от склонности к злоупотреблению спиртными напитками до хронической зависимости от алкоголя (второй стадии хронического алкоголизма). Повышенный риск повторных общественно опасных действий у таких обвиняемых связан в первую очередь с высокой вероятностью употребления алкоголя с последующими утяжеленными формами опьянения, при которых велик риск проявления агрессии даже без каких-либо ситуационных воздействий, провоцирующих появление агрессивных побуждений.

При криминальной *агрессии в состоянии декомпенсации* основное диагностическое значение имеет склонность к состояниям психической декомпенсации лиц с личностными расстройствами. Резко повышают степень общественной опасности больных частые состояния декомпенсации, в которых отчетливо проявляется выраженное влияние на поведение диспозиционных механизмов, т. е. черт личности, связанных с высокой агрессивностью, которые не компенсируются другими чертами, тормозящими проявления агрессивных побуждений. Состояния декомпенсации, обусловленные, как правило, психотравмирующими обстоятельствами, облегчают проявления агрессивности в широком диапазоне ситуаций – от фрустрирующих до нейтральных.

Рекомендуемая литература

Леонтьев Д.А. Психология смысла. – М., 1999.

Леонтьев Д.А. Психология свободы: к постановке проблемы самодетерминации личности // Психологический журнал. – 2000. – № 1. – С. 15–25.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М., 2003.

Сафуанов Ф.С., Макушкин Е.В. Социально-психологический анализ индуцированных психических расстройств в судебно-психиатрической практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1995. – № 4. – С. 192–202.

Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. – СПб., 2003.

Шишков С.Н., Сафуанов Ф.С. Влияние психических аномалий на способность быть субъектом уголовной ответственности и субъектом отбывания наказания // Государство и право. – 1994. – № 2. – С. 82–90.

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза аффекта

Понятие аффекта, начиная с работ Р. Крафт-Эбинга, в контексте судебной психиатрии и судебной психологии рассматривалось в дифференциально-диагностическом плане: различались физиологический (или нормальный) и патологический аффекты. В исследованиях В.Ф. Чижа, А.Я. Боткина, Р. Крафт-Эбинга, Я.М. Калашника анализировалось соотношение физиологического аффекта с некоторыми уголовно-правовыми категориями: наличием преступного умысла, вменяемостью-невменяемостью, смягчающими ответственность и наказание обстоятельствами. Были выделены типичная трехфазность возникновения и развития эмоциональной реакции, характерная для аффекта, психологические феноменологические признаки аффекта, указывалось на значимую роль исследования личностной и патологической «почвы» при его диагностике. Важным явилось выделение разнообразных причин, вызывающих аффекты, среди которых были выявлены психотравмирующие обстоятельства, обусловливающие изменения эмоционального состояния обвиняемых. Все эти работы составляли первое направление исследований аффективных реакций и состояний – *судебно-психологическое*.

Второе, параллельно развивающееся, направление можно обозначить как *общепсихологическое*. В отечественной психологии оно представлено работами А.Н. Леонтьева, Н.И. Наенко, А.Р. Лурии, В.К. Вилюнаса. Отличающим от судебно-психологических исследований признаком этого направления явилась разработка проблематики, связанной с аффектами, в контексте общепсихологических вопросов определения эмоций (в широком смысле), соотношения аффекта с чувствами, эмоциями (в узком смысле), настроениями, страстями и другими сторонами эмоциональной сферы. Использование при изучении этой проблемы теорий более широкого плана – в первую очередь теории деятельности – предопределило интерес к исследованию функций аффектов, их роли в регуляции деятельности, психологического строения, структуры аффектов. При этом феноменологические, внешние признаки аффекта, которым придавалось большое значение в плане судебно-психологи-ческих

исследований, оставались вне поля внимания. Характерно, что общепсихологические исследования практически не оперировали (и не оперируют) понятием «физиологического» аффекта, предпочитая говорить об аффекте без каких-либо дополнительных определений. В этих исследованиях рассматривался более широкий круг аффективных состояний, прежде всего по модальности изучаемого явления: если физиологический аффект традиционно сужен рамками аффектов гнева, ярости и т. п., то аффект в общепсихологическом смысле включает в себя сильные переживания страха, радости, восторга и других эмоций, может приобретать как *стенические*, так и *астенические* формы.

Как бы объединяющим эти два направления является анализ аффекта в работе С.Л. Рубинштейна, который описывает классический аффект гнева, ярости и частично соотносит термин «аффект» с понятием «сильное душевное волнение» (по смыслу Уголовного кодекса). В то же время определение аффекта у С.Л. Рубинштейна несколько шире, чем дефиниция физиологического аффекта, – он указывает, что аффект «может дать не подчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии», «в аффективном действии в той или иной мере может быть нарушен сознательный контроль в выборе действия», т. е. рассматривает соотношение «аффекта» в общепсихологическом понимании и «аффекта как сильного душевного волнения» как общее и частное. Аналогичную мысль приводил в своих лекциях А.Н. Леонтьев: «В момент аффекта поведение может дезорганизоваться».

В судебно-психологических исследованиях, проводимых как в рамках судебно-психологической экспертизы, так и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ), начиная с работ М.М. Коченова, было воспринято определение физиологического аффекта, близкое к представлению, обоснованному С.Л. Рубинштейном.

Диагностика физиологического аффекта основывалась на трехфазности ее развития (выделялись подготовительная стадия, стадия собственно аффективного взрыва и стадия истощения) с определением характерной для каждого этапа динамики совокупности субъективных и феноменологических признаков. Возникновение физиологического аффекта М.М. Коченов связывал с тремя разными механизмами: а) реакция на одноразовое психотравмирующее воздействие; б) разрядка накопленных эмоциональных переживаний; в) отсроченная актуализация аффективных комплексов вследствие повторного воздействия аффекто-генного стимула.

Однако, несмотря на кажущуюся универсальность судебно-экспертного подхода к психологической оценке физиологического аффекта, развитие отдельных направлений исследований эмоциональных реакций и состояний обвиняемых выявило множество проблем. Эти проблемы связаны с оценкой роли психических расстройств и транзиторных психических состояний, на фоне которых развиваются аффективные реакции; с необходимостью соотнесения аффектов с другими эмоциональными состояниями, диагностика которых также могла иметь правовые последствия; и наконец, с юридическим значением определяемых в судебной экспертизе эмоциональных реакций и состояний.

Физиологический аффект у лиц с пограничными психическими расстройствами и аномалиями. Эта проблема была впервые поставлена в рамках КСППЭ в работах Т.П. Печерниковой, В.В. Гульдана, В.В. Остришко и И.А. Кудрявцева. Решение данной проблемы развивалось по двум основным направлениям, которые можно обозначить как диагностика *«физиологического аффекта на патологической почве»* и *«аномального аффекта»*.

В известных методических рекомендациях Т.П. Печерникова, В.В. Гульдан и В.В. Остришко сосредоточили свое внимание на исследовании «физиологического аффекта на патологической почве», глубоко изучив закономерности возникновения и развития аффекта у психопатических личностей. Физиологический аффект, возникающий у лиц с психопатиями, рассматривался как не выходящая за пределы нормы кратковременная эмоциональная реакция взрывного характера, но вместе с тем был установлен ряд важных диагностических признаков, специфичных для этого вида психической патологии. Введено понятие «условных» психогений, вызывающих аффект (когда ситуация приобретает психотравмирующее значение только в отношении психопатических личностей), которые имеют свои особенности для каждой клинической формы психопатий. Были установлены особенности феноменологии аффективного взрыва и постаффективной стадии, характерные для разных групп психопатических личностей.

И.А. Кудрявцев же ввел понятие «аномального» («атипичного», «утяжеленного») аффекта, основываясь на выделении аффективных реакций у психопатических личностей. Эти реакции возникали на фоне длительного накопления эмоционального напряжения под влиянием хронических психотравмирующих ситуаций и вследствие псевдо– и гиперкомпенсаторных механизмов, на подготовительной стадии

приводили к выраженной декомпенсации психических аномалий, а на стадии аффективного взрыва – отличались более выраженной глубиной сужения сознания, нежели при физиологическом аффекте.

Практика КСППЭ показывает, что круг психопатологических нарушений, на «почве» которых возникают аффективные реакции, значительно шире, он включает в себя текущие и резидуальные органические психические расстройства, в том числе и с психопатоподобным синдромом, хронический алкоголизм, ремиссию при шизофрении, в последнее время – посттравматические расстройства вследствие участия в боевых действиях и др.

Физиологический аффект на фоне алкогольного опьянения. О.Д. Ситковской еще в 1983 г. была сформулирована и проверена в экспертной практике возможность экспертной диагностики физиологического аффекта у лиц, находящихся в легкой степени простого алкогольного опьянения в момент совершения преступления. Был сделан вывод, что возможна квалификация их эмоционального состояния как физиологического аффекта при наличии основных экспертно-диагностиче-ских признаков аффекта.

Соотношение физиологического аффекта и иных эмоциональных реакций и состояний, имеющих юридическое значение. По мере развития судебно-психологической экспертизы и КСППЭ был выделен целый класс эмоциональных реакций и состояний, которые по своим психологическим механизмам развития и по феноменологии не сводятся к понятию «физиологического аффекта», но тем не менее существенно ограничивают «свободу выбора действия» обвиняемого при совершении агрессивного преступления вследствие нарушений процессов осознания и регуляции своих действий. В то же время в исследованиях разных авторов использовалось множество понятий, описывающих эти психические состояния, которые частично пересекаются друг с другом, частично описывают различные психологические явления. При этом одни термины заимствованы прямо из представлений общей психологии («стресс», «фрустрация», «растерянность», «конфликт», «страсть», «психическая напряженность»), а другие являются специфичными только для судебно-психологических работ («эмоциональное возбуждение, оказывающее существенное влияние на сознание и деятельность», «эмоциональное напряжение, оказывающее существенное влияние на поведение»).

Различные мнения существовали и по вопросам юридической соотнесенности этих понятий с нормами уголовного права. М.М.

Коченов в своей докторской диссертации пришел к выводу, что «наличие аффекта служит одним из доказательств совершения преступления в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения», но «психологическими доказательствами внезапно возникшего сильного душевного волнения… могут также служить и состояния, не укладывающиеся в строгие рамки понятия аффекта». К таким он относил большую группу эмоциональных состояний, объединенную понятием «психической напряженности», во многом совпадающим по содержанию с понятием психологического стресса, при условии, что они сопровождаются такими же выраженными нарушениями осознанной регуляции противоправных действий, как и при аффекте.

Таким образом, современное состояние проблемы судебно-экспертной психологической квалификации аффекта и иных эмоциональных реакций и состояний, способных снизить осознанность и произвольность криминального поведения обвиняемого, высвечивает актуальность дальнейшей разработки целого ряда вопросов, значимых для теории и практики КСППЭ. На данном этапе это обусловлено в первую очередь тем обстоятельством, что судебно-психологическое экспертное определение эмоциональных реакций и состояний обвиняемого имеет, по новому Уголовному кодексу (УК) РФ, введенному в действие с 1997 г., по сравнению с прежней практикой иное юридическое значение.

Напомним, что основные изменения сводятся к следующему:

– в новом кодексе определение состояния сильного душевного волнения (аффекта) у обвиняемого используется только как квалифицирующий признак состава преступления по ст. ст. 107 и 113, а в качестве обстоятельства, смягчающего наказание, уже не рассматривается. По существу, в новом кодексе принята более широкая норма – смягчающим обстоятельством является не эмоциональное состояние, а противоправное или аморальное поведение потерпевшего, явившееся поводом для преступления (п. «з» ст. 61 УК РФ);

– в названиях ст. ст. 107 и 113 УК РФ понятие «внезапно возникшее сильное душевное волнение» заменено на понятие «аффект», а в тексте эти термины употребляются как синонимы. Иными словами, по смысл у дан ных статей состояние «внезапно возникшего си льного душевного волнения» приравнивается к состоянию «аффекта», и, таким образом, термин «аффект» в контексте анализируемых статей УК РФ рассматривается как уголовно-правовое понятие;

– по ст. 107 УК РФ может быть квалифицировано убийство,

совершенное в состоянии аффекта, не только лица, спровоцировавшего возникновение аффекта, но и «двух или более лиц», что приводит к необходимости экспертного установления и «расширенного» аффекта, при условии, что каждый из потерпевших совершал противоправные или аморальные действия, обусловившие возникновение аффекта у обвиняемого;

– возникновение и развитие аффекта (внезапно возникшего сильного душевного волнения) в новом УК РФ связывается не только с противоправными или аморальными действиями потерпевшего, но и с длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего.

Таким образом, очевидна актуальность разработки дифференцированных критериев диагностики аффекта у обвиняемых в рамках судебно-психологической экспертизы и КСППЭ, с учетом изменений уголовного законодательства и современных представлений психологической науки об эмоциональных состояниях.

Чтобы разработать эти критерии, мы проведем последовательно уголовно-правовой, судебно-экспертологический и психологический анализ понятия «аффект».

Правовой анализ предполагает уяснение оснований квалификации преступлений, совершенных в состоянии аффекта, по действующему УК РФ.

Убийство либо причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного неправомерными действиями потерпевшего, влекут за собой значительное смягчение наказания. Это обусловлено тем обстоятельством, что неправомерность действий потерпевшего свидетельствует об извинительном характере содеянного. Преступления, совершенные в таком состоянии, уголовный закон традиционно выделяет в специальный (так называемый привилегированный) состав. Действующий УК РФ предусматривает два привилегированных состава преступлений, совершенных под влиянием внезапно возникшего сильного душевного волнения.

Статья 107. Убийство, совершенное в состоянии аффекта.

1. Убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением

потерпевшего, – наказывается ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на тот же срок.

2. Убийство двух или более лиц, совершенное в состоянии аффекта, – наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

Статья 113. Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта.

Умышленное причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего, – наказывается ограничением свободы на срок до двух лет или лишением свободы на тот же срок.

Состав рассматриваемых преступных деяний, по мнению С.Н. Шишкова, характеризуется следующими признаками:

– *субъект преступления* – вменяемое лицо, достигшее 16-летнего возраста;

– *субъективная сторона преступления* – вина в форме прямого или косвенного умысла; при этом умысел всегда является внезапно возникшим и аффектированным;

– *объективная сторона преступления* – противоправное лишение жизни другого человека (ст. 107 УК РФ) или противоправное причинение вреда его здоровью (ст. 113 УК РФ), причем вред должен быть либо тяжким, либо средней тяжести;

– *объект преступления* – жизнь (ст. 107 УК РФ) или здоровье (ст. 113 УК РФ) человека как охраняемые законом блага и ценности.

Значимый в уголовно-правовом отношении аффект (внезапно возникшее сильное душевное волнение) представляет собой эмоциональное состояние такой глубины, при котором способность лица к осознанно-волевой регуляции своего поведения сохраняется, хотя и существенно ослабевает. Уголовно-релевантный аффект характеризуется также внезапностью возникновения под воздействием противоправного или аморального поведения потерпевшего и, в частности, под воздействием насилия, издевательства или тяжкого оскорбления со стороны потерпевшего, иных противоправных или аморальных действий (шантажа, клеветы, супружеской измены, повреждения или уничтожения имущества и пр.) либо бездействия потерпевшего. Кроме того, аффект может возникнуть в условиях длительной психотравмирующей ситуации, возникшей в связи с

систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего.

Преступные действия обвиняемого, квалифицируемые по ст. 107 или 113 УК РФ, должны быть направлены только на то лицо (или на тех лиц), неправомерные действия которых спровоцировали возникновение внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта).

Квалифицированный вид убийств рассматриваемой категории – убийство в состоянии аффекта двух или более лиц (ч. 2 ст. 107 УК РФ). При производстве судебной экспертизы в связи с установлением наличия или отсутствия у обвиняемого уголовно-правового аффекта в компетенцию эксперта-психолога входит определение следующих обстоятельств:

1. Выявление наличия у подэкспертного во время совершения инкриминируемого ему деяния состояния эмоционального возбуждения или напряжения и определение глубины этого состояния в соответствии с признаками, свойственными аффекту (внезапно возникшему сильному душевному волнению).

2. Определение внезапности возникновения указанного эмоционального состояния.

3. Выявление возникновения данного эмоционального состояния вследствие конкретных действий потерпевшего либо его возникновения в условиях длительной психотравмирующей ситуации, вызванной действиями потерпевшего.

В компетенцию эксперта-психолога не входят: установление достоверности факта совершения подэкспертным инкриминируемых ему деяний; их юридическая квалификация; установление вины в действиях подэкспертного и ее форм (умысел или неосторожность, прямой или косвенный умысел); установление достоверности совершения потерпевшим конкретных действий и квалификация последних в качестве противоправных или аморальных. Если перед экспертом поставлен какой-либо из перечисленных вопросов, то эксперт обязан отказаться от ответа на него, сославшись на п. 6 ч. 3 ст. 57 Уголовно-процессуального кодекса (УПК) РФ и мотивировав свой отказ тем, что поставленный вопрос (вопросы) выходит за пределы специальных психологических знаний.

Теперь на основе правового анализа мы можем рассмотреть понятие «аффект» уже с ***экспертологических судебно-психологических*** позиций.

Выделим прежде всего юридически значимые психологические признаки внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта) по смыслу ст. ст. 107, 113 УК РФ.

В тексте ст. ст. 107 и 113 УК РФ понятие «аффект» является

синонимом «внезапно возникшего сильного душевного волнения». Поскольку эти понятия являются одним из квалифицирующих признаков состава преступления по ст. ст. 107 и 113 УК РФ, они должны рассматриваться как *уголовно-правовые понятия, наполненные определенным психологическим содержанием*, т. е. как *судебно-психологические экспертные понятия.* Определение психологического содержания правового понятия «аффект» и является предметом исследования судебного эксперта-психолога при проведении КСППЭ или судебно-психологиче-ской экспертизы.

Экспертные понятия, как мы уже отмечали на лекции по теории КСППЭ, являются результатом трансформации общепсихологических категорий, занимают промежуточное положение между общепсихологическими представлениями и юридическими терминами. Они не могут быть заимствованы в неизмененном виде из теории психологии, поскольку связь судебно-психологической экспертизы с психологией всегда опосредована: общепсихологические понятия не содержат информации об их юридической значимости, о том, какие правовые последствия могут последовать из их диагностики. В то же время «экспертные» судебно-психологические понятия нельзя признать и полностью правовыми – они носят междисциплинарный характер и представлены в основном в виде юридических критериев. Эти критерии, являясь уголовно-правовыми, сформулированы в психологических понятиях, которые, как отмечал М.М. Коченов, раскрывают наиболее интегративные, обобщенные особенности отражения окружающего мира и регуляции поведения. Поэтому юридическое значение имеют не диагностируемые экспертом общепсихологические явления (т. е. аффект в собственно общепсихологическом смысле или понятия стресса, фрустрации, растерянности и т. п.), а экспертные судебно-психологические понятия, соотносимые с нормами уголовного права.

Как показывает уголовно-правовой и экспертологический анализ ст. ст. 107 и 113 УК РФ, судебно-психологическое экспертное понятие аффекта включает выраженные эмоциональные состояния и реакции, которые отличаются следующими признаками:

1. Возникают внезапно.

Соответственно этот юридически значимый признак (внезапный переход качества и интенсивности эмоционального состояния на новый уровень, а затем выход из этого уровня) с позицией общей психологии определяет характерную для уголовно-релевантных эмоциональных реакций и состояний

трехфазность возникновения и развития течения.

2. Вызываются единичным (разовым) психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего или длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего.

3. На высоте своего развития резко ограничивают способность обвиняемого к осознанно-волевой регуляции своих криминальных действий.

Возникновение и развитие аффекта (внезапно возникшего сильного душевного волнения) в новом УК РФ связывается не только с «насилием, издевательством, тяжким оскорблением либо иными противоправными или аморальными действиями потерпевшего», но и с «длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего».

Это, во-первых, уточняет содержание признака «внезапности» возникновения сильного душевного волнения: внезапность теперь относится к субъективному генезу аффекта и не всегда означает наступление аффективной реакции непосредственно после неправомерных действий потерпевшего.

Во-вторых, и это главное, – существенно расширяется круг эмоциональных реакций, имеющих юридическое значение и подпадающих под судебно-психологическое экспертное понятие «аффекта». Понятие аффекта должно включать не только эмоциональные реакции взрывного характера, возникающие в ответ на однократное психотравмирующее воздействие (традиционно обозначаемые как «физиологический аффект»). Это также и ряд эмоциональных реакций и состояний, возникающих в результате кумуляции эмоционального напряжения в условиях длительной психотравмирующей ситуации, которые могут носить, а могут и не носить «взрывной» характер, но не уступают физиологическому аффекту по глубине сужения сознания и нарушений произвольной регуляции действий и обязательно возникают субъективно (и объективно) внезапно. Объективную «внезапность» определяет суд. Обычно применяется не временной критерий внезапности, а имеется в виду внезапность возникновения умысла на преступление.

На основе юридически значимых психологических признаков внезапно возникшего сильного душевного волнения как квалифицирующего признака ст. ст. 107 и 113 УК РФ возможно выделение конкретных критериев судебно-психологической экспертной оценки аффекта как судебно-психологического экспертного понятия.

Таким образом, мы приступаем уже к конкретному

психологическому анализу уголовно-правового и экспертного понятия аффекта.

Критерии судебно-психологической экспертной оценки аффекта представляют собой конкретизацию юридически значимых психологических свойств внезапно возникшего сильного душевного волнения как правового понятия и одного из квалифицирующих признаков состава преступления по ст. 107 или 113 УК РФ. При составлении перечня данных критериев учтен тридцатилетний опыт производства судебно-психологической экспертизы и КСППЭ в нашей стране, отраженный в специальной судебно-психологической литературе. Хочу отметить, что эти критерии в том виде, который я вам представляю, сформулированы мной в соавторстве с Т.Б. Дмитриевой, Е.В. Макушкиным, Е.Г. Дозорцевой, Т.П. Печерниковой, Е.И. Сулимовской и С.Н. Шишковым и впервые опубликованы в пособии для врачей «Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого» в 2004 г.

Основополагающим принципом применения критериев диагностики аффекта является предложенное М.М. Коченовым разделение признаков, ее характеризующих, на основные (облигатные) и дополнительные (факультативные). *Для обоснованного установления состояния аффекта у обвиняемого в момент совершения инкриминируемого ему деяния необходимо наличие всех (без исключения) обязательных признаков, выделяемых на каждой стадии развития эмоциональной реакции.* Наличие дополнительных признаков делает экспертный вывод о наличии аффекта у обвиняемого еще более доказательным, однако для определения аффекта достаточно выявления только обязательных признаков при клинико-психологическом анализе материалов уголовного дела и результатов экспериментально-психологического обследования подэкспертного.

Указанные критерии подлежат выявлению в ходе психологического анализа материалов уголовного дела и данных комплексного психолого-психиатрического обследования подэкспертного, всестороннему анализу, судебно-психологической экспертной оценке, обоснованному доказыванию.

Аффект, вызванный единичным (разовым) психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего (физиологический аффект)

1. *Первая фаза – доаффективная*

Основные признаки:

1.1. Субъективная неожиданность экстремального психотравмирующего воздействия.

1.2. Субъективная внезапность возникновения аффективного взрыва. *Дополнительные признаки:*

1.3. Ощущение субъективной безвыходности из сложившейся ситуации.

1.4. Неблагоприятное психофизиологическое состояние (переутомление, недосыпание, соматическое заболевание и пр.).

2. *Вторая фаза – аффективного взрыва*

Основные признаки:

2.1. Взрывной характер эмоциональной реакции.

2.2. Частичное сужение сознания.

2.2.1. Фрагментарность и неполнота восприятия (симультанная и сукцессивная). Отметим, что фрагментарность симультанного восприятия – неполное восприятие ситуации в отдельный момент времени. Фрагментарность сукцессивного восприятия – неполное восприятие динамики ситуации, действий потерпевшего и своих действий во времени.

2.3. Нарушения произвольной регуляции деятельности.

2.3.1. Расстройство опосредованности действий.

2.3.2. Расстройство контроля действий.

2.3.3. Снижение способности к прогнозу результатов действий.

2.3.4. Отсутствие прогноза отдаленных последствий действий.

Дополнительные признаки:

2.2. Относящиеся к частичному сужению сознания.

2.2.2. Заполненность сознания переживаниями, связанными с психотравмирующим воздействием.

2.2.3. Элементы искаженного (иллюзорного) восприятия.

2.2.4. Элементы утраты чувства реальности окружающего.

2.2.5. Элементы ощущения отчуждения своих действий.

2.3. Относящиеся к нарушениям произвольной регуляции деятельности.

2.3.5. Двигательные автоматизмы (стереотипии).

2.3.6. Нарушения речевой деятельности.

2.3.7. Несоответствие агрессивных действий обвиняемого его ценностно-смысловой сфере, направленности личности или типичным для него способам реагирования.

2.4. Резкое изменение вазомоторных и иных вегетативных проявлений.

3. *Третья фаза – постаффективная*

Основные признаки:

3.1. Физическая астения (истощение).

3.2. Психическая астения (истощение).

Дополнительные признаки:

3.3. Дезорганизация психической деятельности.

3.4. Неполное осознание (недопонимание) случившегося.

Физиологические аффекты появляются при таком психологическом механизме криминальной агрессии, как возникновение агрессивных действий в структуре эмоционального возбуждения. Необходимым условием определения аффекта наряду с типичной для аффектов трехфазностью возникновения и течения эмоциональной реакции является установление такой высокой степени эмоционального возбуждения, возникающего сразу после психотравмирующего воздействия, которая сопровождается частичным сужением сознания и препятствует полноценному осознанию своих действий и их произвольной регуляции.

При физиологическом аффекте агрессивное побуждение формируется в ответ на экстремальное психотравмирующее воздействие (которое оценивается обвиняемым как «субъективно неожиданное») и носит сверхинтенсивный характер с мгновенной мобилизацией энергетических ресурсов. Возникновение аффективного взрыва у обвиняемого облегчается при неблагоприятном психофизиологическом его состоянии (переутомлении, астении, соматическом заболевании). Принятие решения и выбор действия происходят неопосредованно, импульсивно и безальтернативно. Оценка ситуации и самооценка на этапе формирования побуждения и выбора действия грубо дихотомичны. Агрессивное действие во время физиологического аффекта – это первое и единственное эмоционально обусловленное решение, в сознании не актуализируются иные возможные выходы из психотравмирующей ситуации, что субъективно переживается как «субъективная безвыходность».

При оценке психологического механизма физиологического аффекта уместнее говорить не об автоматизированности действий, а об автоматизированности мотивации. Инициация действия практически слита с выбором действия, что субъективно обвиняемыми ощущается как «субъективная внезапность» импульса к действию. Рефлексия как решение задачи на смысл практически отсутствует – субъект не успевает осознать основания своего поведения, это приводит к тому, что чаще всего на постаффективной стадии наступает субъективное «отчуждение» криминального действия – подэкспертные лица не могут поверить, что они смогли совершить криминально-

агрессивные акты. Рефлексия как объективация нарушена в силу частичного сужения сознания – человек не может в момент совершения деликта осознать в полной мере окружающую обстановку, реальную ситуацию, его восприятие отличается фрагментарностью и неполнотой как во времени, так и в пространстве. Инициированное действие практически не может быть изменено или приостановлено – окончание криминального действия происходит не в связи с изменением ситуации, а вследствие истощения аффективного побуждения, что закономерно приводит к физической и психической астении, обусловленной бурной энергетической разрядкой, которая в ряде случаев может сопровождаться дезорганизацией психической деятельности и неполным осознанием случившегося. Само действие не поддается опосредованию и контролю, прогноз результата возможен, но мало дифференцирован (прогнозируется не убийство, а избавление от психотравмирующего, опасного, угрожающего и т. п. воздействия), оценка отдаленных последствий отсутствует, что указывает на полностью ситуационный характер мотивации при физиологическом аффекте.

При выраженных аффективных состояниях, особенно у лиц с пограничными психическими нарушениями (при некоторых видах органической и личностной патологии), могут наблюдаться и элементы иллюзорного восприятия, дереализации и деперсонализации, а также двигательные автоматизмы, однако их наличие не является обязательным для диагностики аффекта. Дополнительными признаками аффекта являются и нарушения речи, и вегетативные проявления на высоте эмоциональной реакции, поскольку при отсутствии свидетелей преступления эти признаки могут быть не отражены в материалах уголовного дела.

Таким образом, при физиологическом аффекте как непосредственной аффективной реакции в ответ на противоправные или аморальные действия потерпевшего ограничены как внешние ресурсы свободы выбора действия (поведением потерпевшего, психотравмирующими особенностями ситуации), так и внутренние (в силу частичного сужения сознания). Способность к переходу на смысловой уровень регуляции поведения практически отсутствует – доминирует потребностно-реактивная логика поведения. Субъективно человеком это ощущается как совершение «чуждых» ему действий, а одним из дополнительных экспертных критериев, отражающих снижение уровня регуляции аффективного поведения, является несоответствие действий обвиняемого в состоянии физиологического аффекта его ценностно-смысловой

сфере, направленности его личности или типичным для него способам реагирования.

В то же время содержательную характеристику переживаний, наступающих у обвиняемого после осознания случившегося («чувство раскаяния, жалости к потерпевшему» и т. п.), нельзя отнести к критериям диагностики физиологического аффекта, поскольку они отражают не динамику и глубину эмоционального возбуждения, а относятся к реакции обвиняемого на случившееся. Такая реакция лежит вне структуры аффекта и чаще всего определяется структурой личности обвиняемого, а не только его эмоциональным состоянием.

При физиологическом аффекте ограничение свободы при выборе действия обусловлено прежде всего очень высоким уровнем эмоционального возбуждения, возникшего в ответ на психотравмирующую ситуацию, которое сопровождается частичным сужением сознания. При этом варианте экспертный вывод о том, что обвиняемый в момент совершения инкриминируемого ему деяния находился в состоянии аффекта, может быть использован судом для квалификации внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями потерпевшего, как одного из признаков состава преступлений ст. ст. 107, 113 УК РФ.

Аффект, вызванный длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с поведением потерпевшего (кумулятивный аффект)

1. ***Первая фаза – доаффективная***

Основные признаки:

1.1. Кумуляция (накопление) эмоциональной напряженности.

1.2. Субъективная внезапность возникновения аффективного взрыва или выраженного эмоционального напряжения в ответ на очередное психотравмирующее воздействие (реальное, условное, ассоциативно связанное с длительной психотравмирующей ситуацией).

Дополнительные признаки:

1.3. Ощущение субъективной безвыходности из сложившейся ситуации и субъективной беспомощности.

1.4. Ощущение безысходности сложившейся ситуации.

1.5. Неудачные попытки совладающего поведения – наличие фрустраций, связанных с поиском выхода из психотравмирующей

ситуации.

1.6. Формирование психологических защит, снижающих степень психотравмирующего воздействия.

1.7. Неблагоприятное психофизиологическое состояние (переутомление, недосыпание и пр.).

2. *Вторая фаза – аффективного взрыва или кульминации эмоционального напряжения*

Основные признаки:

2.1. Частичное сужение сознания.

2.1.1. Фрагментарность и неполнота восприятия (симультанная и сукцессивная).

2.1.2. Заполненность сознания переживаниями, связанными с психотравмирующим воздействием.

2.2. Нарушения произвольной регуляции деятельности.

2.2.1. Расстройство опосредованности действий.

2.2.2. Расстройство контроля действий.

2.2.3. Снижение способности к прогнозу результатов действий.

2.2.4. Отсутствие прогноза отдаленных последствий действий. *Дополнительные признаки:*

2.1. Относящиеся к частичному сужению сознания.

2.1.3. Элементы искаженного (иллюзорного) восприятия.

2.1.4. Элементы утраты чувства реальности окружающего.

2.1.5. Элементы ощущения отчужденности своих действий.

2.2. Относящиеся к нарушениям произвольной регуляции деятельности.

2.2.5. Двигательные автоматизмы (стереотипии).

2.2.6. Нарушения речевой деятельности.

2.3. Резкое изменение вазомоторных и иных вегетативных проявлений.

3. *Третья фаза – постаффективная*

Основные признаки:

3.1. Физическая астения (истощение).

3.2. Психическая астения (истощение).

Дополнительные признаки:

3.3. Дезорганизация психической деятельности.

3.4. Неполное осознание (недопонимание) случившегося.

3.5. Субъективное переживание облегчения, разрядки напряжения, разрешения психотравмирующей ситуации.

Судебно-психологическая экспертная оценка аффекта кумулятивного генеза возможна при определении такого психологического механизма криминальной агрессии, как *разрядка эмоциональной напряженности, возникшей в длительной психотравмирующей ситуации*. Кумулятивные эмоциональные

состояния диагностируются в основном у психически здоровых, у лиц с резидуальными формами органического психического расстройства без выраженных изменений психики, реже – у обвиняемых с расстройством личности. Для личностной структуры таких обвиняемых характерны высокий самоконтроль, склонность к опосредованию своих действий, обдумыванию возможных их последствий, низкий уровень агрессивности.

Интенсивность агрессивного побуждения в момент совершения преступления у таких обвиняемых обусловлена высоким уровнем эмоциональной напряженности, развившейся у них в длительной психотравмирующей ситуации, связанной с особенностями поведения потерпевшего. До разрядки напряженности для обвиняемых характерен перебор вариантов поведения, направленных на снижение этой напряженности. Он протекает как процесс «совладающего» поведения, но оказывается неудачным. Неудачные попытки разрешить психотравмирующую ситуацию заканчиваются фрустрациями, что, в свою очередь, по механизму порочного круга приводит к дальнейшему усилению эмоционального напряжения. Совладающее поведение у многих обвиняемых сопровождается и формированием различных психологических защит, снижающих субъективную значимость ситуации (вытеснение, рационализация и т. п.). После исчерпания всех копинг-стратегий (направленных на изменение ситуации) и «поломки» защитных механизмов эмоционально обусловленный выбор агрессивного действия (возникающего обычно в ответ на очередную психогению по типу «последней капли») оказывается импульсивным и безальтернативным.

Если при физиологическом аффекте, как непосредственной реакции на разовое психотравмирующее воздействие, выбор действия является первым и единственным, то при кумулятивном аффекте агрессия – субъективно последний и единственный выход из психотравмирующей ситуации.

Характерное для кумулятивного аффекта частичное сужение сознания, признаки которого иногда можно наблюдать уже на стадии накопления эмоционального напряжения, снижает возможности рефлексии и осмысления своего поступка. Смысл своих агрессивных действий в момент совершения правонарушения практически не осознается, а сочетание «отчуждения» и «принятия» своего противоправного акта на постаффективной стадии сигнализирует об отчетливом конфликтном смысле собственной агрессии – с одной стороны, она является единственным выходом из сложившейся ситуации, с другой – она противоречит ценностям личности. Способность к оценке и самооценке также снижается уже при выраженном

эмоциональном напряжении – именно поэтому повод для аффекта может быть объективно незначительным, «условным», как его назвали Т.П. Печерникова, В.В. Гульдан и В.В. Остришко, или, как это показано М.М. Коченовым, «ассоциативно связанным с психотравмирующей ситуацией», при этом ситуация будет оцениваться субъективно как «безысходная». Искажения самооценки динамически проявляются на стадии, непосредственно предшествующей аффективному взрыву, в виде ощущения «безвыходности из ситуации и субъективной беспомощности».

Изменение действия или отказ от него на стадии кульминации аффекта практически невозможны: частичное сужение сознания, эмоционально сверхзначимый характер агрессивного побуждения, быстротечность и интенсивность эмоциональной реакции препятствуют коррекции своих действий. Оценка промежуточных результатов своих действий на стадии кумуляции эмоциональной напряженности в основном негативная, что связано с неудачными попытками совладающего поведения, а на стадии аффективного взрыва она отсутствует, что часто приводит к двигательным автоматизмам. Контроль поведения при накоплении эмоционального напряжения избыточен, что преимущественно связано с индивидуально-психологическими особенностями обвиняемого, а на пике аффекта – снижен. В момент совершения преступления функция прогноза результата своих действий и оценка их последствий фактически не осуществляются. Окончание агрессивного действия при кумулятивном аффекте связано не с оценкой изменения ситуации, а с истощением агрессивного побуждения, разрядкой эмоционального напряжения. Поэтому во многих случаях агрессивные действия сопровождаются нанесением потерпевшему множественных и стереотипно локализованных повреждений.

При агрессивных правонарушениях на высоте аффективных состояний кумулятивного генеза внешние ресурсы свободы выбора действия резко ограничены в силу длительной психотравмирующей ситуации, связанной с определенным поведением потерпевшего. На это влияют и социальные условия – чаще всего аффективные деликты совершаются в армии, в семье, т. е. в ситуациях, накладывающих определенные ограничения на ролевое поведение. Снижение возможности свободного выбора действия обусловлено и недостатком личностных ресурсов, связанным в основном с сужением репертуара копинг-стратегий под влиянием либо ценностей, социальных установок, либо черт личности, тормозящих агрессию. В момент, непосредственно

предшествующий кульминации аффекта, способность к выбору действия максимально редуцирована. Способность к смысловой и социально-нормативной регуляции своего поведения, будучи сохранной на стадии кумуляции эмоционального напряжения и блокирующей возможность разрядки в агрессивных формах, только способствует росту напряжения. В момент аффективного взрыва смысловая регуляция поведения, опосредующая действия личностными ценностями, не осуществляется, хотя непосредственным поводом для аффекта может быть дискредитация именно ценностного уровня человека («унижение чести и достоинства»).

Аналогичный механизм нарушения свободы выбора действия под влиянием частичного сужения сознания можно установить и при выраженном эмоциональном напряжении, возникшем у обвиняемого в связи с длительной психотравмирующей ситуацией и на высоте своего развития сопровождавшемся нарушениями осознанной регуляции поведения. Феноменологически кульминация эмоционального напряжения носит невзрывной характер, тем не менее она наступает внезапно для субъекта. На высоте напряжения происходит частичное сужение сознания, которое определяет столь же глубокое ограничение способности обвиняемого к осознанно-волевому поведению, как и при физиологическом аффекте, поэтому такое эмоциональное состояние необходимо расценивать в качестве варианта судебно-психологического экспертного понятия «аффект». Об этом, кроме меня, писали М.М. Коченов, Т.П. Печерникова и С.С. Шипшин.

Таким образом, в рассматриваемом варианте психологического механизма криминальной агрессии ограничение свободы выбора действия обусловлено прежде всего интенсивным эмоциональным напряжением, возникшим в условиях длительной психотравмирующей ситуации. На высоте эмоционального напряжения (часто сменяющегося эмоциональным возбуждением, аффективной реакцией) частичное сужение сознания определяет интенсивность агрессивного побуждения и невозможность изменения направленности агрессивных действий. Экспертное заключение в данном случае формулируется как наличие состояния аффекта у обвиняемого в момент совершения правонарушения. Это может служить основанием для судебной квалификации внезапно возникшего сильного душевного волнения, вызванного длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего, т. е. одного из признаков состава преступления ст.

107 или 113 УК РФ.

Итак, если рассматривать виды эмоциональных состояний, входящих в объем судебно-психологического экспертного понятия «аффект», то мы увидим, что понятие «аффект» – это судебно-психологическое экспертное понятие, имеющее двухступенчатую структуру.

Родовым является понятие «*аффект*» (*как внезапно возникшее сильное душевное волнение)*, а его разновидностями, т. е. промежуточными экспертными понятиями, характеризуемыми вышеописанными судебно-психологическими экспертными критериями, – следующие категории:

– *«физиологический аффект»* как общепсихологический аффект, развивающийся непосредственно в ответ на единичное (разовое) психотравмирующее воздействие;

– *«кумулятивный аффект» как общепсихологический аффект,* возникающий вследствие накопления эмоционального напряжения в условиях длительной психотравмирующей ситуации, на фоне продолжительного стресса, сопровождающегося внутриличностным конфликтом и состояниями фрустрации вследствие неудачных стратегий совладающего (копинг) поведения;

– *«выраженное эмоциональное напряжение, оказывающее существенное влияние на сознание и поведение*». Обычно состояние эмоциональной напряженности характеризуется менее выраженными по сравнению с общепсихологическими аффектами нарушениями осознания и регуляции поведения. Однако в практике судебно-психологической и психолого-психиатрической экспертизы иногда встречаются случаи, когда у обвиняемого накопленное в условиях длительной психотравмирующей ситуации эмоциональное напряжение субъективно внезапно переходит на качественно новый уровень и на высоте своего развития сопровождается частичным сужением сознания и соответственно таким же ограничением возможности осознанно и произвольно регулировать свои действия, как и при кумулятивном аффекте. Данное эмоциональное состояние встречается гораздо реже, чем эмоциональные реакции взрывного характера, тем не менее, если оно характеризуется всеми обязательными признаками, описанными выше, его также необходимо соотносить с экспертным понятием аффекта (внезапно возникшего сильного душевного волнения). В его структуре существует, отмечал в своей докторской диссертации М.М. Коченов, «момент «срыва», наступающий неожиданно для субъекта переживания», который «является высшей точкой развития эмоциональной психической напряженности». При этом

«состояние эмоциональной психической напряженности развивается более плавно, чем аффект, но на «вершине» этого состояния происходят изменения сознания, мотивации поведения, сравнимые по качеству с изменениями, наблюдающимися при аффекте».

Как видно из сопоставительного анализа феноменологии рассмотренных эмоциональных реакций и состояний, все они наступают субъективно внезапно, на высоте развития ограничивают (в силу различных психологических механизмов) способность обвиняемого к осознанию значения своих действий и осуществлению произвольной волевой их регуляции. А различаются они удельным весом эмоциональной напряженности, накапливающейся в условиях длительной психотравмирующей ситуации, вследствие особенностей взаимодействия индивидуально-психологических особенностей с ситуационными факторами.

Очень важной для практики КСППЭ является проблема дифференциальной диагностики аффекта с другими эмоциональными реакциями и состояниями.

Прежде всего необходимо дифференцировать нормальные и ***патологические аффекты.***

Многими психиатрами и психологами отмечается, что состояния уголовно-релевантного аффекта, имеющего значение для квалификации ст. 107 или 113 УК РФ, и патологического аффекта обладают рядом как общих, так и отличающих их друг от друга признаков.

Оба состояния возникают по внешнему психотравмирующему поводу, носят кратковременный характер и отличаются четкой трехфазностью динамики. Основным критерием отграничения патологического аффекта от «нормального» на второй фазе течения эмоциональной реакции является установление психогенно обусловленного глубокого помрачения сознания, для которого свойственны полная дезориентировка, продуктивная психотическая симптоматика, психомоторное возбуждение. Как отмечают Т.П. Печерникова, В.В. Гульдан и В.В. Остришко, психотическая симптоматика, свойственная патологическому аффекту, отличается незавершенностью, малой выраженностью, определяется кратковременными нарушениями перцептивной деятельности в виде иллюзорных восприятий или аффективных функциональных галлюцинаций, психосенсорными расстройствами, нарушениями схемы тела, состояниями острого страха и растерянности, нестойкими бредовыми переживаниями. Для третьей фазы патологического аффекта характерны, по описанию И.А. Кудрявцева, терминальный сон или тяжелая

прострация с явлениями оглушенности, абсолютной безучастностью к происходящему, полная амнезия собственных действий, обстановки правонарушения, действий потерпевшего. При этом, как отмечают Т.П. Печерникова, В.В. Гульдан и В.В. Остришко, могут оставаться воспоминания о первой (непсихотической) фазе, отрывочные воспоминания о психотических переживаниях.

Патологический аффект относится к категории «временного психического расстройства», определяющего неспособность подэкспертного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими во время совершения общественно опасного деяния (ст. 21 УК РФ).

Заслуживает внимания обсуждение проблемы диагностики ***аффекта на фоне алкогольного опьянения***.

Все промежуточные экспертные понятия, описывающие аффект (внезапно возникшее сильное душевное волнение), могут устанавливаться у обвиняемых, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. В настоящее время вопрос о правомерности диагностики аффекта у лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, практически не дискутируется. Все указанные судебно-психологические признаки разновидностей экспертного понятия аффекта сохраняются только при простой форме алкогольного опьянения. Измененная (атипичная) и тем более психотическая формы опьянения обычно нарушают нормальную динамику аффективных реакций, сопровождаются более или менее отчетливыми психопатологическими проявлениями, поэтому эмоциональные реакции на их фоне не могут быть расценены как аффект. Из трех степеней простого алкогольного опьянения возможно квалифицировать аффект только при легкой его степени, поскольку средняя и особенно тяжелая степень вызывают более глубокие нарушения сознания, чем при аффективных состояниях, и поведение обвиняемого детерминируется уже расстройствами психических процессов под влиянием алкоголя. В соответствии с приложениями к Приказу МЗ СССР № 694 от 08.09.88 легкой степени соответствует концентрация алкоголя в крови 1–2‰, средней – 2–3‰, тяжелой – свыше 3‰. Влияние алкогольной интоксикации на динамику аффекта обычно можно проследить на первой стадии развития эмоциональной реакции – состояние опьянения обусловливает изменения субъективного восприятия и осмысления ситуации (в частности, она может восприниматься как более угрожающая), и изменения регуляции поведения (появляется ригидность, сужающая способность к выбору возможных вариантов поведения).

Еще одна очень важная проблема – это установление ***аффекта у лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости***.

И физиологический, и кумулятивный аффекты, и эмоциональные состояния, оказывающие существенное влияние на сознание и поведение, могут устанавливаться у обвиняемых с пограничными формами психической патологии, не исключающими вменяемости, при условии, что динамика аффекта обусловливается личностной реакцией на психотравмирующие обстоятельства, а не собственно психопатологией подэкспертного. Наиболее часто аффект диагностируется у лиц с резидуальными, компенсированными формами органической патологии и у лиц с «расстройством зрелой личности» (психопатией). В этом случае имеет смысл выявлять своеобразие аффективных состояний у лиц с пограничными психическими аномалиями на всех стадиях их динамики для четкого разграничения в этих эмоциональных состояниях «специфических признаков аффекта и проявлений заболевания».

«Извинительные» аффекты, возникающие в структуре эмоционального возбуждения или вследствие разрядки накопленного в длительной психотравмирующей ситуации эмоционального напряжения, как показано в ряде исследований (например, Гульданом В.В.), не являются нозоспецифичными. Поэтому если эмоциональные реакции и состояния у лиц с пограничными психическими расстройствами характеризуются всеми указанными выше обязательными признаками, их необходимо квалифицировать как аффекты, имеющие уголовно-правовое значение по смыслу ст. 107 или 113 УК РФ.

Обычно своеобразие возникновению и течению аффекта у обвиняемых с патологией личностной сферы и у лиц с органической почвой придает специфика психотравмирующих воздействий, связанных с действиями потерпевших: в зависимости от типа личностного расстройства выделяются «условные» психогении, которые приобретают аффектогенное значение только в отношении аномальных личностей, затрагивая измененную личностной дисгармонией сферу мотивов, установок, притязаний. Кроме того, у таких обвиняемых вторая фаза аффекта, возникшего на фоне длительной психотравмирующей ситуации и декомпенсации, может, как показано И.А. Кудрявцевым, сопровождаться более глубокими расстройствами саморегуляции, а также иллюзорным восприятием, элементами дереализации и деперсонализации, т. е. дополнительными признаками аффекта.

В то же время возникает необходимость различать уголовно-релевантные аффекты у лиц с пограничными психическими аномалиями от эмоциональных реакций, внешне схожих с аффектами, но отличающихся от них психологическим механизмом своего возникновения и динамикой развития.

С одной стороны, феноменологическое сходство с аффектами имеют психопатические реакции в рамках однозначного типу личностного расстройства реагирования. У психопатических личностей возбудимого и истерического круга они иногда могут сопровождаться частичным сужением сознания и последующей астенией, но их возникновение связано с «самовзвинчиванием» и «самопопустительством», что исключает определение таких значимых для диагностики аффекта обязательных признаков первой фазы, как субъективная неожиданность психотравмирующего воздействия и субъективная внезапность возникновения аффекта. Поэтому такие эмоциональные реакции, носящие характер привычного, «воспитанного», типа реагирования в субъективно сложных ситуациях, нельзя расценивать как уголовно-релевантный аффект.

С другой стороны, сложности представляет и дифференциальная диагностика физиологического аффекта с аномальными эмоциональными реакциями у лиц с психическими расстройствами, совершивших криминально-агрессивные действия под совокупным влиянием и эмоционального возбуждения, и алкогольного опьянения в психотравмирующей ситуации. Этот вариант криминальной агрессии характерен для лиц с органической почвой, у которых преобладает «эпилептоидный радикал» личности с аффективной ригидностью, склонностью к фиксации на отрицательных переживаниях и их накоплению, негибкостью поведения, повышенной подозрительностью, злопамятностью, ощущением недоброжелательного или враждебного отношения со стороны окружающих. Их правонарушения возникают в ответ на психотравмирующие воздействия со стороны потерпевших, чаще всего – на высказывания оскорбительного характера, затрагивающие наиболее значимые для обвиняемых личные переживания, во время совместного употребления алкогольных напитков. Ситуационно обусловленные эмоциональные реакции в ряде случаев могут сопровождаться частичным сужением сознания. Однако, хотя внешне динамика психического состояния таких обвиняемых напоминает развитие эмоциональной реакции по типу физиологического аффекта, криминальное действие не приводит к разрядке эмоционального напряжения. Злобное и брутальное отношение к жертве остается и после совершения

правонарушения, а посткриминальная фаза не сопровождается какими-либо проявлениями психической и физической астении, т. е. обязательными признаками физиологического аффекта. Соответственно такие «аномальные аффекты» не могут быть квалифицированы как аффект по смыслу ст. ст. 107 и 113 УК РФ.

При судебной экспертной оценке описанных эмоциональных реакций у лиц с пограничными психическими расстройствами, внешне сходных с аффектами, но отличающихся от них как по психологическим механизмам, так и по совокупности обязательных критериев, целесообразно решать вопрос о неполной способности обвиняемых к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий или их руководству вследствие психического расстройства, не исключающего вменяемости, в соответствии с ч. 1 ст. 22 УК РФ.

И наконец, остановимся на различении аффекта и ***эмоциональных реакций и состояний, не достигающих степени выраженности аффекта***.

Эмоциональные реакции и состояния, не достигающие степени выраженности аффекта, т. е. не сопровождающиеся выраженными нарушениями осознанно-волевой регуляции криминально-агрессивных действий, достаточно разнообразны как по своей глубине, так и по характеру протекания.

Для эмоционального возбуждения или напряжения, которые несущественно влияют на процессы осознания и саморегуляции, свойственно отсутствие типичной для физиологического и кумулятивного вариантов аффекта трехфазной динамики возникновения и течения эмоциональной реакции или состояния.

Более сложно осуществлять дифференциальную диагностику аффекта с эмоциональными состояниями, которые возникают в ответ на психотравмирующие воздействия (особенно в условиях длительной психотравмирующей ситуации) и носят трехфазный характер, однако не отличаются такой же выраженной глубиной дизрегулирующего влияния на сознание и деятельность обвиняемого в момент совершения правонарушения, как при аффекте. Основой отграничения таких состояний от аффекта являются невыраженность частичного сужения сознания с фрагментарностью восприятия и отсутствие всех значимых признаков нарушений произвольной регуляции деятельности, т. е. критериев, приведенных выше. Такие эмоциональные реакции и состояния могут сопровождаться расстройством отдельных компонентов регуляции поведения – например, снижением контроля действий, недостаточной их опосредованностью, однако при этом способность к осознанию своих поступков и управлению ими существенно не нарушается,

произвольность поведения остается относительно сохранной. Часто показателем невыраженности частичного сужения сознания и нарушений саморегуляции у обвиняемого при эмоциональных состояниях, не достигающих степени выраженности аффекта, является также невыраженность признаков третьей фазы – отсутствие признаков физической и психической астении после содеянного.

В заключение хочу особо отметить, что судебно-психологические экспертные критерии квалификации аффекта у обвиняемых, в том числе у лиц с пограничной психической патологией и у лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения в период совершения правонарушения, позволяют существенно повысить эффективность диагностики юридически значимого аффекта при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической и однородной судебно-психологической экспертизы.

Научная обоснованность и единообразие критериев экспертного определения аффекта у обвиняемых дают возможность преодолеть возможные ошибки при установлении аффекта, основанные на расширительной трактовке юридически значимых эмоциональных реакций и состояний или, напротив, на чрезмерно узком их понимании, а также четко очертить границы компетенции эксперта-психолога.

Рекомендуемая литература

Аффект: практика судебной психолого-психиатрической экспертизы. Хрестоматия / Авторы-составители: Ф.С. Сафуанов, Е.В. Макушкин. М., 2013.

Алексеева Л.В. Проблема юридически значимых эмоциональных состояний. – Тюмень, 1997.

Гульдан В.В. Мотивация противоправных действий у психопатических личностей: автореф. дис… д-ра психол. наук. – М., 1985.

Калашник Я.М. Патологический аффект // Проблемы судебной психиатрии. – М., 1941. Вып. 3. – С. 241–280.

Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. – М., 1980.

Коченов М.М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы: автореф. дис. д-ра психол. наук. – М., 1991.

Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. – М., 2000.

Лурия А.Р. Диагностика следов аффекта // Психология

эмоций: Тексты. – М., 1984. – С. 228–234.

Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии аффекта // Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия: Пособие для врачей. – М., 1998. – С. 71–81.

Печерникова Т.П., Гульдан В.В., Остришко В.В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций у психически здоровых и психопатических личностей: Методические рекомендации. – М., 1983.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М., 1946.

Сафуанов Ф.С. Аффект: судебно-психологический экспертологический анализ // Психологический журнал. – 2001. – № 3. – С. 11–17.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М., 2003.

Сидоров Б.В. Аффект. Его уголовно-правовое и криминологическое значение (Социально-психологическое и правовое исследование). – Казань, 1978.

Ситковская О.Д. Судебно-психологическая экспертиза аффекта: Методическое пособие. – М., 1983.

Ситковская О.Д. Аффект: криминально-психологическое исследование. – М., 2001.

Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого: Пособие для врачей / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Е.В. Макушкина. – М., 2004.

Шипшин С.С. Ретроспективная диагностика психического состояния в судебно-психологической экспертизе: Методическое пособие. – Ростов на/Д., 2000.

М.А. Качаева,
профессор, доктор медицинских наук,
Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного

В клинико-психологических исследованиях женщин, совершивших убийство своих новорожденных детей, наряду с выделением у них разнообразных психических расстройств большое внимание уделяется мотивации этого вида преступлений. Как показано в работах К. Нидермайера, Е. Ланге и У. Шумана, среди детоубийц преобладают женщины, у которых отсутствуют признаки какого-либо психического расстройства. Следует отметить, что работы, посвященные данной проблеме, немногочисленны и в них наблюдается чрезвычайное разнообразие объяснений феномена неонатицида.

Дж. Бейкер на основании обследования 286 психически больных женщин-детоубийц выделил «сумасшествие беременности» (в 5 % случаев), «пуэрперальное сумасшествие» (35 %), «сумасшествие лактации» (60 %). Он описал альтруистическую мотивацию агрессивных действий у депрессивных матерей. Автору казалось парадоксальным, что при совершении детоубийств эти женщины были убеждены, что «ребенок будет счастлив на небесах». Бедность женщин он считал одним из важных причинных факторов в развитии психозов.

Дж. Хопвуд, изучив 166 женщин в психиатрической клинике, убивших детей в возрасте до одного года, выделил «психоз истощения» (в 70 % случаев), маниакально-депрессивный психоз (13 %), шизофрению (10 %), эпилепсию, алкогольные психозы, врожденную умственную отсталость (вместе 7 %). Суицидальные мысли и попытки в период, предшествующий детоубийству, выявлены у 36 % матерей. В 60 % случаев наблюдалась амнезия периода детоубийства. При психозах истощения автор отмечал анемию и плохое соматическое состояние у обследованных. Дж. Мортон также считал, что при убийстве ребенка матерью сразу после родов речь идет о «психозах истощения» (изнурения), во время которых более важными, чем эндогенные, являются

факторы физического и психического истощения, стресс под влиянием окружающей обстановки на фоне гормонального дисбаланса.

Б.С. Маньковский выделил такие мотивы детоубийства, в том числе и убийства новорожденных, как стыд перед окружающими (при внебрачной беременности) и материальная нужда. А.О. Эдельштейн наряду с психическими заболеваниями большое значение придавал аффекту растерянности во время родов, а также страху стыда.

В. Тутер и Г. Глотцер обнаружили у женщин, больных шизофренией и совершивших убийство ребенка, холодные отношения с одним или обоими собственными родителями, несчастливые браки, тревогу за свою жизнь и ощущение субъективной неспособности вырастить детей.

П. Скотт на основании анализа источников агрессивного побуждения выделил пять типов детоубийства: убийство матерью нежеланного ребенка; альтруистическое убийство; убийство, обусловленное психическими расстройствами психотического уровня; убийство как результат смещенной агрессии; убийство вследствие агрессии, обусловленной поведением ребенка.

П. Д'Орбан, исследовав 89 осужденных женщин, обвиняемых в убийстве или попытке убийства своих детей, предложил разделить их на шесть групп:

1. *Избивающие матери*. Убийство представляло собой внезапный, импульсивный акт жестокости и насилия во время вспышки плохого настроения, а немедленный стимул к агрессии провоцировался поведением ребенка. Психические расстройства в этой группе представлены личностной патологией, реактивными депрессиями, низким интеллектом, однако влияние этих факторов было незначительным, большую роль играли социальные проблемы и психологические стрессы, личный криминальный анамнез. В этой группе преобладали этнические меньшинства.

2. *Психически больные*. Психические расстройства включали острые реактивные депрессии, сопровождающиеся суицидальной попыткой (часто – расширенный суицид), личностные расстройства с выраженной депрессивной симптоматикой, нозологически различные психотические расстройства.

3. *Матери, совершившие убийство новорожденного*. У них редко выявлялись психические расстройства, они были значительно моложе женщин других групп, одиноки или разведены, скрывали свою внебрачную беременность и убивали детей почти сразу же после родов. Обычно убийство они совершали непреднамеренно. Степень диссоциации и отрицания

беременности временами достигала выраженного истерического защитного механизма. Женщины этой группы обычно не обращались к врачам ни перед родами, ни во время родов.

4. *Мстящие матери*. Агрессия была направлена на мужа и переносилась на ребенка. Выявлялись тяжелые личностные расстройства, сопровождавшиеся агрессивным или импульсивным поведением, в анамнезе были частые суицидальные попытки и стационирования в психиатрические клиники.

5. *Женщины, убивающие нежеланных детей*. Они отличались импульсивным антисоциальным поведением, криминальным прошлым, употребляли наркотики, убивали детей путем активной, продуманной, преднамеренной агрессии (в отличие от 3-й группы). Либо это были пассивные, незрелые личности, разведенные с мужьями и «осаждаемые» социальными проблемами, – они убивали детей путем небрежного отношения (например, голодом).

6. *Матери, совершающие убийство из милосердия*. В этих редких случаях инструментальная агрессия была обусловлена реальными страданиями жертвы.

П. Макграф, проанализировав детоубийства, совершенные 280 матерями, находящимися в психиатрической больнице, выделил две группы. В первой группе убийство ребенка (часто – новорожденного) связано с последствиями нежеланной и социально неприемлемой беременности. Во второй – убийство ребенка (как правило, старше одного года) совершено под влиянием шизофренических и аффективных психозов.

Исследованию различных психических нарушений, возникающих в послеродовом периоде у женщин, и их судебно-психиатрической оценке посвящены многолетние исследования в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

По данным В.П. Мартыненко, у женщин, больных шизофренией и совершивших общественно опасные действия в отношении детей, совершению агрессивных поступков предшествовали такие экзогенные факторы, как психогении и роды. Привнося в структуру шизофренического психоза ряд новых психопатологических образований, они увеличивали социальную опасность таких женщин. В тех наблюдениях, где обострению заболевания или появлению приступа шизофрении, во время которого произошло убийство ребенка, предшествовали роды, после исчезновения экзогенных наслоений, свойственных послеродовым состояниям, имело место углубление постпроцессуального дефекта с наличием грубых эмоционально-волевых расстройств.

Специальному изучению психотических состояний

послеродового периода и разработке критериев судебно-психиатрической оценки совершаемых в этот период агрессивных действий в отношении новорожденных посвящена работа М.С. Доброгаевой. По данным автора, психические расстройства послеродового периода представляют собой сборную группу психозов, характеризующихся полиморфизмом клинических проявлений и нередко объединяемых между собой только фактором родов. В послеродовом периоде наиболее часто встречаются шизофренический процесс, собственно послеродовые психозы и реактивные состояния. Послеродовые психозы имеют полиморфную психопатологическую структуру и проявляются в основном аментивно-делириозными, депрессивными и шизофреноподобными синдромами. Характерной чертой этих психозов является наличие соматопсихических корреляций и доброкачественность течения.

В целом исследование показало, что независимо от нозологической сущности психических расстройств послеродового периода им свойственны определенные общие клинические признаки, обусловленные особенностями соматоэндокринных нарушений, связанных с беременностью и родами. Эти нарушения проявляются в остром возникновении психических расстройств, сравнительной кратковременности их течения, наличии в клинической картине психоза симптомов помраченного сознания, аффективных нарушений и явлений астении.

Психологические исследования, посвященные материнской агрессии по отношению к новорожденным, немногочисленны. В цикле исследований такого вида агрессии, как «отказ» от ребенка в родильном доме, проведенных В.И. Брутманом с С.Н. Ениколоповым и М.С. Радионовой, показано, что нежеланная беременность может протекать по двум крайним вариантам.

При первом варианте происходит своеобразное игнорирование собственной беременности, чему способствуют и физиологические особенности (значительно реже встречаются явления раннего токсикоза), но в первую очередь – психологические феномены: гипостезия телесных проявлений беременности и соответствующее ей особое психологическое состояние – «атиофориогнозия» (от греч. *тиофория* – беременность). Женщины не замечают беременности даже при выраженных признаках (отсутствие менструаций, нагрубание молочных желез, увеличение объема живота). Эти симптомы объясняются «логическими доводами» (рационализация) или игнорируются (вытеснение). В менее выраженных случаях отмечаются слабая эмоциональная реакция на факт беременности

и искажение (порой значительное) представлений о ее сроках.

Второй вариант нежеланной беременности, напротив, сопровождается гиперестезией телесных симптомов с выраженной ригидностью негативных эмоций – страхом, депрессией. Сознание женщин наполняется негативными ощущениями и переживаниями, чувством отвращения, брезгливости и даже ненависти к будущему ребенку, что порождает яркие и мучительные «инфантицидные» фантазии. Шевеление плода вызывает психическое напряжение, угнетающие воспоминания, связанные с ситуацией зачатия и беременности. Оба варианта обусловливают психологическое отторжение «образа ребенка».

Таким образом, клинико-психологические исследования феномена убийства новорожденных собственными матерями, несмотря на крайнюю пестроту подходов, эклектичность большинства типологий, смешение социальных и биологических факторов, обусловливающих явление неонатицида, демонстрируют разнообразие механизмов этого вида криминальной агрессии, невозможность его объяснения только с клинических или только с психологических позиций, что частично и отражено в тексте ст. 106 УК РФ.

В УК РФ 1996 г. убийство матерью новорожденного ребенка рассматривается как самостоятельный и привилегированный состав преступления. Полный текст *ст. 106 («Убийство матерью новорожденного ре бенка»)* гласит:

«Убийство матерью новорожденного ребенка во время или сразу же после родов, а равно убийство матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации или в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, – наказывается лишением свободы на срок до пяти лет».

С юридической точки зрения субъективная сторона преступления предусматривает умышленную вину. Убийство может быть совершено с прямым (когда обвиняемая осознает фактический характер и общественную опасность своих действий или бездействия, предвидит возможность или неизбежность смерти ребенка, желает или допускает такие последствия своего поведения) и косвенным умыслом (когда обвиняемая относится к этим последствиям безразлично). Умысел может быть рациональным, сформироваться заранее, до начала родов, а может быть аффективным, импульсивным, возникнуть в момент родов или сразу же после них. Преступное поведение матери может быть как активным (нанесение повреждений, несовместимых с жизнью ребенка, помещение его в условия, исключающие жизнедеятельность, и т. п.), так и пассивным (отказ

от кормления). Во всех случаях квалификация преступления будет одинаковой.

Субъектом преступления может быть только мать новорожденного ребенка, которая достигла 16-летнего возраста. Потерпевшим является новорожденный. В отечественном уголовном праве используется несколько типов критериев новорожденности – в зависимости от вида убийства, предусмотренного ст. 106 УК РФ, могут использоваться разные критерии.

Первый вид неонатицида, предусмотренный уголовным законом, – убийство матерью новорожденного ребенка во время или сразу же после родов. Текст закона не содержит четкого временного промежутка, ограничивающего указанный период времени, однако ясно, что он охватывает довольно кратковременную ситуацию и не может превышать *одни сутки (24 часа)* с момента появления ребенка на свет – *судебно-медицинский критерий* новорожденности.

Второй вид – убийство матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации. Закон придает самостоятельное значение наличию таких неблагоприятных обстоятельств, как беременность в результате изнасилования, отказ отца ребенка признать его своим, зарегистрировать брачные отношения, его же отказ от оказания помощи и поддержки, подстрекательство отца ребенка, травля женщины родственниками, стыд перед окружающими за рождение ребенка вне брака, материальные проблемы и боязнь в связи с этим трудностей, связанных с воспитанием ребенка, тяжелые жилищные условия и т. п. Психотравмирующая ситуация охватывает более длительный отрезок времени по сравнению со временем родов или сразу же после них. Применительно к данному виду детоубийства может использоваться уже не судебно-медицинский, а *педиатрический критерий* определения длительности периода новорожденности, равный *одному месяцу (30 суткам)* с момента появления ребенка на свет.

Третий вид – убийство матерью новорожденного ребенка в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости. При этом виде детоубийства, так же как и в предыдущем случае, возраст новорожденного ребенка – жертвы убийства не может превышать *одного месяца* (*педиатрического критерия*).

Убийство ребенка более старшего возраста матерью с психическими расстройствами квалифицируется уже по ст. 105 УК РФ («Убийство»). Однако согласно ст. 22 УК РФ, если обвиняемая во время детоубийства не могла в полной мере

осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, то в этих случаях психическое расстройство обвиняемой, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для применения принудительных мер медицинского характера.

Объединение трех видов убийства новорожденного в момент или сразу же после родов вполне целесообразно и объясняется тем, что и во время физиологических родов, и при эмоциональных состояниях, обусловленных воздействием психотравмирующей ситуации, и, наконец, при наличии определенных психических расстройств женщины не способны в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

Теперь рассмотрим основные экспертные понятия КСППЭ психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка.

Предметом КСППЭ, назначаемой в связи с необходимостью квалификации ст. 106 УК РФ, является ***психическое состояние*** матери, обвиняемой в убийстве новорожденного. Однако в зависимости от квалифицируемого вида детоубийства возникают различные экспертные ситуации, требующие исследования разных психиатрических и психологических аспектов психического состояния обвиняемой.

Первый вида неонатицида – ***убийство матерью новорожденного во время или сразу же после родов*** – предполагает, что обвиняемая в момент совершения инкриминируемого ей деяния была в целом способна осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими. Ограничение названной способности во время или сразу же после родов может определяться особым психофизиологическим состоянием во время родоразрешительного процесса, какими-либо психическими аномалиями или психотравмирующей ситуацией. Часто все эти причины воздействуют на психическое состояние роженицы в совокупности. В этом случае ***цель КСППЭ психического состояния обвиняемой сводится к определению ее способности к осознанно-волевому поведению или неспособности к такому поведению вследствие психического расстройства.***

При экспертном установлении отсутствия какого-либо психического расстройства (хронического, временного, иного или слабоумия), т. е. признания подэкспертной психически здоровой (включая акцентуации личности), суд может квалифицировать

этот вид убийства новорожденного при наличии всей совокупности юридически значимых признаков, образующих состав преступления по ст. 106 УК РФ.

При психиатрической диагностике психического расстройства (медицинского критерия) эксперты должны определить, обусловливало ли оно во время совершения преступления неспособность обвиняемой осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (юридический критерий невменяемости).

При положительном ответе на этот вопрос, т. е. в тех случаях, когда мать, обвиняемая в убийстве новорожденного, не могла осознавать свои действия и осуществлять их произвольную волевую регуляцию, суд может признать такую обвиняемую невменяемой и не подлежащей уголовной ответственности (согласно ст. 21 УК РФ).

В этом случае КСППЭ должна также решить вопрос о необходимости применения принудительных мер медицинского характера и при наличии судебно-психиатрических оснований для назначения таких мер (ст. 97 УК РФ) рекомендовать адекватный вид принудительного лечения (ст. 99 УК РФ).

При отрицательном ответе на вопрос о неспособности обвиняемой матери к осознанно-волевому поведению в криминальной ситуации, т. е. при наличии психического расстройства, которое не исключает вменяемости, суд также может квалифицировать ст. 106 УК РФ.

Все вопросы судебно-следственных органов в обсуждаемой экспертной ситуации входят в компетенцию судебных экспертов-психиатров и соответственно могут решаться в рамках однородной судебно-психиатрической экспертизы или КСППЭ.

Иная экспертная ситуация возникает при необходимости судебной квалификации других видов неонатицида – ***убийства матерью новорожденного ребенка в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, или в условиях психотравмирующей ситуации***. В отличие от предыдущего вида детоубийства в данном случае юридически значимый период времени, в который совершено преступление, охватывает не только ситуацию родов (или сразу после родов), а более длительный временной промежуток.

В этих случаях наряду с определением психического расстройства, обусловливающего неспособность обвиняемой в момент совершения общественно опасного деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими, можно выделить две основные цели комплексного судебного психолого-психиатрического

экспертного исследования.

Первую цель КСППЭ психического состояния обвиняемой составляет определение наличия или отсутствия психического расстройства у подэкспертной, способной осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими.

Юридические критерии ст. 106 УК РФ более «мягкие» по сравнению со ст. 22 УК РФ, не требуют определения ограниченной способности к осознанию и регуляции своих криминальных действий, хотя, как показывает судебно-экспертная практика, психические расстройства в период родов очень часто влияют на способность обвиняемой к полноценному осознанно-волевому поведению в момент убийства новорожденного ребенка. Поэтому задача судебного эксперта-психиатра в данном случае сводится к определению (диагностике) психического расстройства, не исключающего вменяемости, в качестве которого чаще всего выступают временные психические расстройства (реактивные состояния, возникающие после родов), хронические психические расстройства (в основном органические) и иные (расстройства личности).

Вторую цель КСППЭ четко сформулировать несколько сложнее. Какие экспертные понятия при оценке криминально-агрессивных действий матерей – убийц собственных новорожденных детей составляют предмет исследования эксперта-психолога? Ст. 106 УК РФ предусматривает убийство в условиях психотравмирующей ситуации. Юридическая квалификация психотравмирующей ситуации является наиболее сложной проблемой при рассмотрении подобного рода дел. Ни одна ситуация сама по себе не может выступать как фрустрирующая, оказывающая негативное воздействие на психику человека – ее можно расценить как психотравмирующую только после тщательного анализа взаимодействия личности и ситуации, где решающую роль приобретает то психологическое значение ситуативных воздействий, которое формируется в сознании субъекта. К примеру, для беременной молодой девушки, желающей родить ребенка, требование мужа избавиться от плода будет глубоко психотравмирующим фактором, вызывающим внутренний конфликт и длительный стресс. А для морально деградировавшей женщины, страдающей хроническим алкоголизмом, аналогичное требование мужа-алкоголика может стать подтверждением собственной позиции.

В ситуациях, действительно носящих психотравмирующий характер для субъекта, фрустрирующие воздействия приводят к

внутреннему конфликту (в основном между желанием родить ребенка и внешними – реальными или в виде референтных ожиданий – препятствиями). Психотравмирующие воздействия могут быть обусловлены целым рядом объективных и субъективных причин (беременность в результате изнасилования или вне брака; представление о греховности внебрачной беременности, страх разглашения, осуждающая позиция близких и пр.), в том числе и психофизиологическими особенностями женщин, переживающих нежеланную беременность. Как показано В.И. Брутманом и М.С. Радионовой, при нежеланной беременности реже встречаются явления раннего токсикоза, формируется своеобразная гипостезия телесных проявлений беременности, вытеснение или рационализация интрацептивных ощущений, сигнализирующих о шевелении плода. Это приводит к тому, что будущие матери начинают осознавать свою беременность на поздних сроках, когда легальный аборт уже не производится. Невозможность избавиться от плода при нежеланной беременности часто служит дополнительной фрустрацией.

Таким образом, ситуация, как показано В.И. Брутманом, С.Н. Ениколоповым и М.С. Радионовой, принимает психотравмирующий характер задолго до родов и переживается в основном как внутренний конфликт, стержнем которого является противоречие между материнскими чувствами и нежеланной беременностью. Это, в свою очередь, способствует накоплению (кумуляции) отрицательных переживаний и обусловливает рост эмоциональной напряженности. По механизму «порочного круга» кумуляция напряженности обусловливает резкую изоляцию беременных женщин – осознанное ограничение круга социальных контактов, избежание общения, что сопровождается чувством одиночества, покинутости и пр.

В состоянии выраженной эмоциональной напряженности поведение матери определяется во многом аффективной мотивацией, что снижает ее возможность адекватно оценивать окружающее и свои действия, ограничивает способность контролировать свои поступки и прогнозировать их возможные последствия. Поэтому задачей психолого-психиатрической экспертизы может выступать не определение психотравмирующего характера ситуации, в которой находится мать-детоубийца, а оценка степени выраженности эмоционального состояния, возникновение и развитие которого вызвано психотравмирующими воздействиями. Здесь, по всей вероятности, не обязательно определение существенности влияния эмоциональной напряженности, вызванной

психотравмирующей ситуацией, так же как и при психиатрической оценке психического расстройства, не исключающего вменяемости, не обязательна диагностика ограничения способности к осознанию или руководству своими действиями вследствие психической аномалии.

Можно сделать вывод, что ***при КСППЭ второй целью исследования судебного эксперта-психолога психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка, является определение экспертного понятия «повышенная эмоциональная (психическая) напряженность, вызванная психотравмирующей ситуацией»***.

Соотношение данного экспертного понятия с общепсихологическими заключается в том, что оно устанавливается у матерей, находящихся в состоянии *стресса, фрустрации и внутриличностного конфликта*.

Следует отметить, что приведенное деление экспертных ситуаций является несколько условным, поскольку суд может при квалификации ст. 106 УК РФ учесть множество факторов: так, по мнению некоторых юристов, заблаговременное приготовление к убийству новорожденного ребенка, убийство после первого кормления грудью и т. п. свидетельствуют о так называемом простом убийстве и должны быть квалифицированы не по ст. 106, а по ст. 105 УК РФ. В этом случае, даже если преступление совершено во время или сразу после родов, может быть использован второй описанный в пособии алгоритм комплексного судебного психолого-психиатрического исследования, поскольку в таких ситуациях квалифицирующее значение будут иметь и психическое расстройство, не исключающее вменяемости, и эмоциональное состояние матери, возникшее вследствие психотравмирующей ситуации. Следует также учесть, что в реальной клинико-психологической судебно-экспертной практике часто при убийстве новорожденного ребенка во время или сразу после родов собственной матерью у нее одновременно определяются и психическое расстройство, не исключающее вменяемости, и эмоциональное напряжение, возникновение и развитие которого обусловлено психотравмирующей ситуацией.

Судебно-экспертологический анализ КСППЭ матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка, позволяет выделить ***четыре вида экспертной психолого-психиатрической квалификации психического состояния матери в период совершения общественно опасного деяния***, каждый из которых в свете нового УК РФ влечет определенные, отличные друг от друга, правовые последствия:

– психическое расстройство, обусловливающее неспособность

обвиняемой осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими во время убийства новорожденного ребенка; – психическое расстройство, не исключающее вменяемости обвиняемой;

– эмоциональное напряжение, возникновение и развитие которого обусловлено психотравмирующей ситуацией;

– отсутствие повышенного эмоционального напряжения у психически здоровой матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка.

Рассмотрим их подробнее.

Психические расстройства, обусловливающие неспособность обвиняемой осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими во время убийства

В послеродовом периоде у женщин, совершивших детоубийства, возникают различные по нозологической принадлежности психические расстройства.

Наиболее типичным и распространенным психическим расстройством у матерей-детоубийц является *шизофрения, развивающаяся после родов.* Следующей по распространенности нозологической формой у матерей-детоубийц является *реактивное состояние, развивающееся после родов.*

При анализе психических расстройств послеродового периода следует помнить, что до настоящего времени существуют противоречия в трактовке *послеродовых психозов* как самостоятельной нозологической формы. Существование собственно послеродовых психозов признается не всеми авторами, и правомерность их выделения как самостоятельной формы психических заболеваний ставится под сомнение.

Согласно комментариям ВОЗ, имеющимся в МКБ-10, большинство экспертов в этой области придерживаются мнения, что клиническая картина послеродовых психозов столь редко (если это вообще возможно) может быть надежно отграничена от аффективного расстройства или шизофрении, что введение специальной рубрики не оправдано. Эту рубрику (F53) рекомендуется использовать только при невозможности провести диагностику аффективного (депрессивного) расстройства, возникшего у женщин после родов или шизофрении, а также при наличии в клинической картине таких признаков, как острота, кратковременность течения наряду с симптомами нарушенного сознания, аментивно-делириозными и соматоформными

расстройствами.

У женщин *с церебрально-органической психической патологией*, совершивших детоубийство, наиболее часто отмечается раннее органическое поражение.

При решении вопросов вменяемости-невменяемости женщин, совершивших детоубийства, необходимо дифференцированно подходить к оценке психических расстройств, возникающих в послеродовом периоде.

Заболевание *шизофренией* в послеродовом периоде, независимо от форм течения, свидетельствует о наличии хронического психического расстройства и исключает вменяемость. Следует отметить, что при депрессивно-параноидном синдроме в остром приступе шизофренического процесса нередко имеют место расширенные классические незавершенные суициды. Агрессивные действия в этих случаях направлены на детей и определяются патологической альтруистической мотивацией.

Реактивные состояния, возникающие в послеродовом периоде, относятся к временным болезненным расстройствам психической деятельности, однако судебно-психиатрическая оценка их, учитывая различную глубину и характер депрессивных состояний, неодинакова. Психотический характер депрессивного состояния определяется глубиной депрессии, наличием психопатологической симптоматики, в ряде случаев – симптомами расстроенного сознания в момент совершения детоубийства, аффективно-волевыми расстройствами, импульсивным характером агрессивных действий, а также общими закономерностями развития реактивного состояния. Наличие психотической депрессии в момент совершения детоубийства свидетельствует о неспособности обвиняемой осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

Диагноз *послеродового психоза* у женщины, совершившей детоубийство, исключает вменяемость в отношении содеянного.

Таким образом, при шизофрении, реактивных состояниях психотического уровня, собственно послеродовых психозах имеют место как медицинские, так и юридические критерии невменяемости.

Выбор мер медицинского характера в отношении женщин, совершивших детоубийства и признанных невменяемыми, требует дифференцированного подхода в каждом индивидуальном случае.

Так, учитывая тяжесть правонарушения (детоубийство) и склонность таких женщин к расширенным самоубийствам, при

послеродовом психозе, шизофрении и реактивной депрессии психотического уровня следует рекомендовать принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа.

В отдельных случаях, принимая во внимание временный и обратимый характер послеродовых психозов, небольшую социальную опасность таких больных по выходе из психоза, некоторым испытуемым можно рекомендовать амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

При экспертной оценке *ранних резидуально-органических состояний* у женщин, совершивших детоубийства, невменяемость в отношении содеянного предопределялась прогредиентным характером динамики психических нарушений и выраженностью интеллектуально-мнестических и психопатоподобных расстройств, нарушением критических способностей, склонностью к состояниям декомпенсации, выраженной социальной дезадаптацией.

Психические расстройства, не исключающие вменяемости

Как уже отмечалось, в судебно-психиатрической клинике большое значение имеет исследование *реактивных состояний, развивающихся после родов*. Сравнительный анализ острых психотических депрессий с группой депрессивных состояний, не исключающих вменяемости, показывает, что в последней группе в момент совершения детоубийства, как и в предшествующий период, ведущее место занимают истерические проявления, отражающие преморбидную структуру и систему ценностей женщин, отсутствуют определенная динамика и стереотип развития, присущие психотическим депрессиям, витальный компонент депрессии, депрессивные идеи и другая психотическая симптоматика, элементы расстроенного сознания. Все это в сочетании с иным характером реакции на содеянное и особенностями клинической картины последующего после правонарушения состояния служит важным дифференциально-диагностическим признаком, отличающим психологическую реактивную депрессию от непсихотической.

В судебно-психиатрической клинике необходимо отграничение психотической депрессии, возникшей после родов, от депрессивного состояния непсихотического характера. Психогенные депрессии, не достигающие степени психоза, ситуационно обусловлены, психологически понятны. Переживания таких женщин конкретны и отражают реальную психотравмирующую ситуацию, отсутствует психопатологическая

симптоматика с характерной для психотической депрессии динамикой состояния с последовательной сменой этапов течения болезни. При совершении правонарушения этим женщинам свойственны целенаправленные и последовательные действия, психологически понятная мотивация преступления, что предопределяет решение о вменяемости в отношении содеянного.

При судебно-психиатрической оценке *ранних резидуально-органических состояний* у женщин, совершивших детоубийства, вменяемость в отношении содеянного обусловливалась регредиентной динамикой психических расстройств и сохранностью интеллектуально-мнестических функций. Агрессивные действия женщин в отношении детей были обусловлены эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, склонностью к эксплозивным реакциям, эмоциональным характером поведения. Основным синдромом при совершении правонарушений был психопатоподобный, нередким в этот момент было состояние алкогольного опьянения.

При судебно-психиатрической экспертизе женщин с *психопатией (расстройством личности)* решение о вменяемости в отношении содеянного предопределялось характером мотивации агрессивных действий, которая в целом была психопатической, складывающейся из аффективного и ситуационно-импульсивных мотивов (избавление от ребенка, «мешающего личной жизни»).

При судебно-психиатрической оценке личностных расстройств необходимо учитывать состояние женщин после совершения детоубийства. В период пребывания на экспертизе у испытуемых отсутствует депрессия с идеями самообвинения, наблюдающиеся депрессии по своим клиническим проявлениям приближаются к истерическому типу, на первый план выступают личностные особенности и психопатические формы реагирования. Для поведения этих женщин характерны демонстративность, театральность, заявления о «непонимании» их окружающими, попытки представить себя «жертвой обстоятельств». Отчетливо обнаруживается реакция на судебную ситуацию, а не на содеянное, выявляются защитные тенденции и версии со ссылками на запамятование периода правонарушения, постоянное стремление к самооправданию и обвинению окружающих.

Эмоциональное напряжение, возникновение и развитие которого обусловлено психотравмирующей ситуацией

Психологический механизм, определяющий криминальную

агрессию, направленную на новорожденного ребенка, в условиях психотравмирующей ситуации схож с тем, который обусловливает преступления, совершенные в состоянии кумулятивного аффекта. Хотя аффективные преступления (ст. ст. 107 и 113 УК РФ) возникают не во всех психотравмирующих ситуациях, а только в тех, которые связаны с противоправными или аморальными действиями потерпевших, а неонатициды – в психотравмирующих условиях, не связанных с какими-либо действиями потерпевших, основу этих правонарушений составляет агрессия как разрядка накопленного эмоционального напряжения. Индивидуально-психологические особенности таких обвиняемых характеризуются сформированностью личностных структур, преградных по отношению к проявлению агрессивных побуждений в поведении. Для неагрессивных лиц с выраженными тормозящими проявления агрессии структурами, совершающих криминальные действия в ответ на психотравмирующие и фрустрирующие воздействия, характерно накопление эмоциональной напряженности в условиях длительной психотравмирующей ситуации, с последующей ее разрядкой в противоправных действиях.

Эмоциональная напряженность является компонентом многих психических состояний, и в зависимости от квалификации в общепсихологических терминах ведущего психического состояния, развившегося в психогенных условиях, можно выделить два основных варианта кумуляции напряженности – в структуре психологического стресса и в структуре психологического конфликта. И в том, и в другом случае динамика накопления эмоционального напряжения не сводится только к развитию состояния стресса или конфликта в чистом виде: эти психические состояния тесно переплетены между собой, часто сопровождаются и многочисленными фрустрациями вследствие объективных внешних воздействий или неудачных копинг-стратегий (совладающего поведения), и формированием различных психологических защитных механизмов. Однако выделяемые нами варианты отражают ведущее звено, оказывающее влияние на формирование кумуляции эмоционального напряжения. Определение этого ведущего звена важно для экспертных оценок преступлений, совершаемых вследствие накопленного психического напряжения.

Если убийства в состоянии аффекта (ст. 107 УК РФ) являются в большей мере результатом накопления эмоциональной напряженности в структуре стресса, связанного с длительной психотравмирующей ситуацией, которая определяется неправомерными действиями потерпевшего, то убийство матерью своего новорожденного ребенка чаще является следствием

кумуляции напряженности в структуре внутриличностного конфликта в психотравмирующих условиях.

Личностный конфликт в форме нежеланной беременности подробно и разносторонне описан в работах В.И. Брутмана с соавторами при клинико-психологическом исследовании матерей-«отказниц», оставляющих своих новорожденных детей в родильном доме. В этих работах выделены психологические особенности переживания нежеланной беременности с такими крайними вариантами, как «атиофориогнозия» – с вытеснением отрицательных переживаний и эйфорическим фоном настроения и как «гиперпатия» – с негативным фоном настроения и поисками путей плодоизгнания. В большинстве случаев формируются не крайние варианты, а амбивалентные эмоциональные переживания будущих матерей, что подтверждается и данными экспертной практики: вытеснение интрацептивной сигнализации о беременности сочетается с попытками избавления от плода, при этом своеобразная анозогнозия на собственную беременность у обвиняемых в убийстве новорожденных превалирует, определяя пассивность и социальную изоляцию беременных женщин. Глубокий личностный конфликт между желанием родить ребенка и требованиями окружающих избавиться от плода, а чаще – между желанием родить и собственными референтными представлениями о греховности, недопустимости внебрачного материнства обусловливает кумуляцию эмоционального напряжения. У таких женщин формирование психологических защитных механизмов сочетается с попытками совладающего (копинг) поведения, которые оказываются неэффективными, главным образом из-за объективного стечения обстоятельств (распознание своей беременности на поздних сроках, вследствие чего оказывается невозможным легальное ее прерывание; желание родить в другом городе с дальнейшим оставлением новорожденного в роддоме, не реализуемое из-за материальных затруднений, и т. п.). Это, в свою очередь, оказывается дополнительными фрустрациями, что обусловливает усугубление внутреннего конфликта и дальнейший рост эмоциональной напряженности. В состоянии выраженной эмоциональной напряженности поведение матери при родах определяется аффективной мотивацией, это снижает ее возможность адекватно оценивать окружающее и свои действия.

Обвиняемые, совершающие преступления по этому психологическому механизму, – чаще всего женщины от 18 до 30 лет, забеременевшие вне брака или в результате изнасилования. Они скрывали свою беременность даже от близких и родителей. Практически у всех были неправильные представления о сроках

беременности (в сторону занижения срока), вследствие чего роды для них самих были субъективно неожиданными – по их расчетам, они должны были наступить гораздо позже. Кроме того, роды у большинства происходили вне дома.

Как уже отмечалось, наряду с психически здоровыми обвиняемыми часто по этому механизму совершают правонарушения матери с пограничными психическими расстройствами.

Отсутствие повышенного эмоционального напряжения у психически здоровой матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка

Женщины, совершившие убийство новорожденного ребенка вне состояния эмоциональной напряженности, вызванного психотравмирующей ситуацией, и не обнаруживающие признаков какого-либо психического расстройства, совершают преступление целенаправленно, при отсутствии каких-либо нарушений осознания своих действий. В мотивации убийства всегда можно проследить звено осознанного принятия решения, которое часто формируется задолго до родов. Мотивы преступления обычно сводятся к реально-бытовым причинам – материальным затруднениям, нежеланию иметь ребенка вне брака и т. д. Практически всегда такие женщины прилагают усилия для сокрытия преступления. Анализ личности психически здоровых матерей-детоубийц показывает, что они часто росли в неполных семьях или конфликтовали с родителями, рано начинали половую жизнь, имели внебрачных детей, неоднократно выходили замуж. В некоторых случаях они в подростковом возрасте становились жертвой изнасилования. Тем не менее уголовное законодательство учитывает особое психофизиологическое состояние женщин во время и сразу после родов, поэтому убийство новорожденного ребенка в этот период квалифицируется по ст. 106 УК РФ.

Таким образом, изменения в отечественном уголовном законодательстве приводят к появлению нового предметного вида психолого-психиатрической экспертизы, целью которой является диагностика и оценка психического состояния матери, совершившей убийство новорожденного ребенка. Юридическое значение данного вида КСППЭ определяется возможностью судебной квалификации ст. 106 УК РФ («Убийство матерью новорожденного ребенка»). Поскольку в состав преступления по ст. 106 УК РФ входит три вида детоубийства (убийство матерью

новорожденного ребенка во время или сразу же после родов; убийство матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации; убийство матерью новорожденного ребенка в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости), а два последних вида неонатицида невозможно установить без применения специальных познаний в психологии и психиатрии, то в этих случаях должна назначаться КСППЭ.

В постановлении следователя или определении суда при назначении этого вида экспертизы целесообразно формулировать следующие вопросы:

1. *Страдала ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния психическим расстройством (хроническим психическим расстройством, временным психическим расстройством, слабоумием, иным болезненным состоянием психики)?*

2. *Находилась ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния в состоянии эмоциональной напряженности, вызванной психотравмирующей ситуацией?*

3. *Могла ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими?*

4. *Нуждается ли обвиняемая в применении к ней принудительных мер медицинского характера и если да, то в каких именно?*

Ответ на первый вопрос всецело входит в компетенцию судебного эксперта-психиатра. Роль психолога при ответе на данный вопрос сводится к проведению экспериментально-психологического исследования с целью предоставления дополнительных патопсихологических данных для клинической дифференциальной диагностики или установления степени выраженности психических изменений.

Решение второго вопроса, напротив, входит в компетенцию судебного эксперта-психолога. Участие психиатра в экспертной оценке состояния эмоционального напряжения, вызванного психотравмирующей ситуацией, заключается в констатации психического здоровья обвиняемой или диагностике пограничных психических расстройств, не исключающих вменяемости. Кроме того, клиническая диагностика психической аномалии у обвиняемой дает возможность более точно оценить степень влияния психотравмирующих воздействий на психическое состояние подэкспертной: известно, что одни и те же ситуационные условия могут выступать для психически здоровых

как нейтральные обстоятельства, а для лиц с расстройствами личности, органическими психическими расстройствами и другими формами психической патологии – как избирательно психотравмирующие, психогенные.

Ответ на третий вопрос, как правило, формулируется судебным экспертом-психиатром. Однако в обсуждаемом виде экспертизы в ряде случаев невозможно дать полноценную оценку юридического критерия невменяемости без применения специальных познаний в психологии. При убийствах новорожденных нарушения психической деятельности, достигающие психотического уровня, при временных психических расстройствах могут наступать только в кульминационный период совершения общественно опасного деяния, непосредственно в момент самих родов. Вся же динамика психического состояния обвиняемой до этого подчиняется психологическим закономерностям, поэтому в указанных случаях без психологического анализа взаимодействия личности подэкспертной с предшествующей детоубийству ситуацией невозможно понять сам механизм правонарушения и дать ему адекватную судебно-психиатрическую экспертную оценку.

Четвертый вопрос решается судебными экспертами-психиатрами с учетом данных психологического исследования индивидуально-психологических особенностей обвиняемой. Такой комплексный подход позволяет всесторонне оценить степень общественной опасности невменяемой матери, совершившей убийство новорожденного ребенка.

Таким образом, КСППЭ психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного, требует интеграции специальных познаний в психиатрии и психологии на всех этапах производства экспертизы.

Рекомендуемая литература

Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М., 1991.

Брутман В.И., Ениколопов С.Н., Радионова М.С. Нежеланная беременность у жертв сексуального насилия // Вопросы психологии. – 1995. – № 1. – С. 33–40.

Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. – 1998. – № 7. – С. 38–47.

Гернет А. Детоубийство. – М., 1911.

Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Ромасенко Л.В.

Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. – М., 2003.

Дмитриева Т.Б., Качаева М.А., Сафуанов Ф.С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка: Руководство для врачей и психологов. – М., 2001.

Доброгаева М.С. Психотические состояния послеродового периода и их судебно-психиатрическая оценка: дис… канд. мед. наук. – М., 1972.

Качаева М.А., Сафуанов Ф.С., Сатьянова Л.С., Скибина Н.В. Принципы судебно-психиатрической оценки психических расстройств различной нозологической принадлежности у женщин, совершивших агрессивные правонарушения в отношении своих детей: Методические рекомендации. – М., 2015.

Маньковский Б.С. Детоубийство // Убийство и убийцы. – М., 1928. – С. 249–272.

Мартыненко В.П. Общественно опасные действия женщин, больных шизофренией, направленные против детей: дис… канд. мед. наук. – М., 1974.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М., 2003.

Эдельштейн А.О. К психопатологии детоубийства // Убийство и убийцы. – М., 1928. – С. 273–282.

Е.Г. Дозорцева,
профессор, доктор психологических наук

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетнего обвиняемого

Одно из главных условий уголовной ответственности человека – достижение им определенного возраста, зафиксированного в Уголовном кодексе (УК). От чего зависит выбор этой возрастной границы? С какого возраста человек может отвечать за свои поступки перед законом? Все ли люди по достижении этого возраста могут быть ответственны за одни и те же правонарушения одинаково или нужно учитывать особенности их индивидуального развития? Ответы на эти вопросы затрагивают многие судьбы, а потому требуют особого внимания ученых и практиков.

В основе уголовной ответственности человека лежит, по определению О.Д. Ситковской, «социальная управляемость поведением», иными словами – способность лица учитывать в своих поступках принятые в обществе нормы. Способность эта приобретается в процессе возрастного развития и социализации ребенка и подростка, а ее несформированность определяет невозможность привлечения несовершеннолетнего к уголовной ответственности. Согласно данным возрастной психологии, в норме способность к осознанной саморегуляции формируется у человека к концу подросткового периода, продолжающегося от 11–12 до 14–15 лет. В ее основе лежит главное психологическое новообразование этого возраста – самосознание, становление которого, в свою очередь, определяется развитием абстрактно-логического мышления, рефлексии. Самосознание, включающее в себя и осознанную личностную позицию, формируется в единстве с построением иерархии мотивов и смыслов. Самостоятельная организация поведения субъекта, реализация его личностных установок возможны благодаря развитию волевых процессов. Таким образом, выходя за пределы подросткового возраста, человек при нормальном развитии обладает всеми психологическими структурами, которые позволяют ему сознательно руководить своими действиями. Вероятно, на этом и основывается выбор возраста полной уголовной ответственности, равного 16 годам (ч. 1 ст. 20 УК РФ). Тем не менее законодатель учитывает, что формирование и укрепление соответствующей

способности при этом не завершается, а продолжается по крайней мере до 18 лет или до окончания несовершеннолетия по российскому уголовному законодательству. Именно поэтому несовершеннолетие само по себе рассматривается как обстоятельство, смягчающее наказание. С другой стороны, способность к осознанной саморегуляции есть и у подростка, но она еще находится в процессе становления. В связи с этим с 14 до 16 лет несовершеннолетние привлекаются к уголовной ответственности лишь за наиболее тяжкие и специфические для возраста правонарушения (ч. 2 ст. 20 УК РФ). Кроме того, для подростков характерна естественная возрастная незрелость, что может негативно сказываться на регуляции их поведения. Еще более дефицитарна способность к сознательному руководству своими действиями у несовершеннолетних с аномалиями психического развития. Все эти обстоятельства должны быть приняты во внимание при правовой оценке общественно опасных действий подростков.

История свидетельствует, что несовершеннолетие рассматривалось как обстоятельство, смягчающее ответственность, еще в положениях римского права. Так, в Законе XII таблиц был сформулирован принцип прощения наказания, оправданного несовершеннолетием. Одно из условий такого прощения состояло в том, что совершивший преступление не понимал характера преступного акта. Подобные правовые нормы существовали в течение многих веков в законодательствах различных европейских государств. В дальнейшем это правило стало основой общего для уголовной ответственности несовершеннолетних принципа *разумения.*

Помимо принципа разумения, в уголовном праве с давних времен существует принцип *уголовной безответственности.* Смысл его состоит в том, что до достижения определенного возраста человек считается неспособным нести виновную ответственность, так как еще не может действовать осмотрительно и с учетом социальных норм. Однако, согласно некоторым законодательствам (например, английскому), это предположение нуждается в доказывании. Так, если будет установлено, что подросток в возрасте от 10 до 14 лет (возраст уголовной ответственности) действовал умышленно при совершении правонарушения, то он может быть привлечен к уголовной ответственности. В других правовых системах (например, в немецкой), напротив, доказыванию подлежит способность действовать осознанно и произвольно во время совершения противоправных действий у несовершеннолетнего, уже достигшего фиксированного в праве возраста уголовной

ответственности, т. е. используется принцип разумения. При отсутствии такой способности подросток не несет уголовной ответственности за свои деяния.

Развитие системы ювенальной юстиции в Западной Европе и США привело к тому, что принципы уголовной безответственности и разумения все более утрачивают свое ведущее положение в правоприменительной практике по отношению к несовершеннолетним, уступая место принципу *еоспитуемости.* Согласно этому принципу, приоритетом перед установлением ответственности обладает определение адекватных мер для коррекции и ресоциализации подростка в соответствии с его индивидуальными особенностями психического развития и личности.

В Уголовном кодексе 1960 г. принцип разумения для несовершеннолетних отсутствовал и был представлен лишь ст. 392 Уголовно-процессуального кодекса, а также постановлением Пленума Верховного Суда СССР № 16 от 3.12.1976 г. Согласно этим положениям, при наличии данных, свидетельствующих об «умственной отсталости» несовершеннолетнего обвиняемого или подсудимого, следовало «выяснить степень умственной отсталости», а также мог ли несовершеннолетний «полностью сознавать значение своих действий и в какой мере руководить ими». Ответ на поставленные вопросы должна была дать комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых. Связанным с ее проведением методологическим и методическим экспертным проблемам были посвящены многочисленные работы психиатров и психологов. Были разработаны подходы к интерпретации экспертного понятия «умственная отсталость», категорий способности и актуальной возможности несовершеннолетнего «полностью сознавать значение своих действий и руководить ими», теоретические модели и экспертные критерии оценки соответствующих феноменов. Необходимо отметить, что применялась эта статья только к вменяемым подросткам и была своего рода аналогом ограниченной вменяемости несовершеннолетних. Существенным недостатком данной нормы было то, что она имела процессуальный характер без указания правовых последствий ее использования (на практике, как правило, таким следствием было условное наказание несовершеннолетнего). Кроме того, под экспертное понятие «умственная отсталость» подпадали различные аномалии психического развития независимо от их этиологии. В то же время адекватных мер медицинского характера, необходимых в случае психических нарушений, не исключающих вменяемости, не предусматривалось.

Положение кардинально изменилось с введением нового Уголовного кодекса Российской Федерации в 1997 г. В нем впервые в статью о возрасте, с которого наступает уголовная ответственность (как уже говорилось, в 16 лет – полная уголовная ответственность, в 14 – ответственность за наиболее тяжкие преступления), была внесена норма, направленная против объективного вменения вины несовершеннолетним: ч. 3 ст. 20 УК РФ. Она гласит: «Если несовершеннолетний достиг возраста, предусмотренного частями первой или второй настоящей статьи, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности». Практическое применение статьи предполагает проведение экспертного исследования.

К сожалению, приведенную формулу статьи нельзя признать удачной. Содержательная трактовка и использование этой нормы в экспертной и судебной практике столкнулись с большими трудностями. Это связано с несколькими обстоятельствами.

Прежде всего сложности вызывают сходство формулировок ч. 3 ст. 20 УК РФ и других статей, в которых речь идет об уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, и возникающая вследствие этого необходимость найти свободное от противоречий место этой правовой нормы в общем уголовно-правовом и экспертном контексте.

Так, освобождение от уголовной ответственности как следствие дефицита способности лица к осознанному руководству своими действиями сближает ч. 3 ст. 20 со ст. 21 УК РФ «Невменяемость». Не случайно в специальной литературе часто в качестве метафорического обозначения этой нормы используются слова «возрастная вменяемость», «возрастная невменяемость» и – для того чтобы обозначить отличие от невменяемости – «возрастная невменимость». Важно, однако, не смешивать и не отождествлять положения и признаки этих статей, т. к. ключевые диспозиции в них различны.

Аналогию можно проследить и между ч. 3 ст. 20 и ст. 22 УК РФ «Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости», которая также стала важным нововведением в Уголовный кодекс 1996 г. и фактически представляет собой норму об ограниченной вменяемости лиц всех возрастов. В этих статьях одинаков юридический критерий: они применяются по отношению к лицу, которое «не могло в полной мере осознавать фактический

характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». В то же время следствия этих статей принципиально различны: освобождение от уголовной ответственности (ч. 3 ст. 20 УК РФ) и привлечение к уголовной ответственности с возможностью применения принудительных мер медицинского характера (ст. 22 УК РФ). С учетом того, что лица, рассматриваемые в этих статьях (несовершеннолетние с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, и лица – в том числе несовершеннолетние – с психическим расстройством, не исключающим вменяемости), различны, такое положение вело к противоречиям, требующим разрешения.

Одна из основных проблем применения ч. 3 ст. 20 УК РФ заключается в неясности определения категории «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством», от которого зависит, по отношению к какому контингенту несовершеннолетних статья может быть использована и соответственно каким должен быть объект экспертизы.

В попытках преодолеть описанные трудности и противоречия высказывались различные, в том числе взаимоисключающие, точки зрения и предложения, вплоть до отказа от использования статьи до тех пор, пока не будет принята ее новая более адекватная формулировка. Нерешенность важных методологических вопросов приводит к тому, что на практике ч. 3 ст. 20 УК РФ используется по-разному. Нет единства в проведении экспертных исследований. Относительное количество несовершеннолетних, освобожденных от уголовной ответственности на основании этой статьи в отдельных регионах России, различается в десятки раз, что недопустимо с правовой точки зрения. Один из главных недостатков статьи – отсутствие в ней указаний относительно возможности применения по отношению к несовершеннолетнему каких-либо принудительных мер воспитательного характера. Эта возможность оговорена в Федеральном законе «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», предусматривающем направление таких подростков в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа. Однако процедура направления сложна, требует много времени и, насколько нам известно, это положение на практике не выполняется. В связи с этим нам представляется совершенно необходимым введение в дальнейшем в текст статьи дополнений, оговаривающих обязательное применение к подростку-правонарушителю воспитательных и коррекционно-

реабилитационных мер.

Все перечисленные недостатки и противоречия ч. 3 ст. 20 УК РФ настолько затрудняют ее использование на практике, что наиболее конструктивным выходом из положения в будущем нам, вслед за психиатрами и юристами (Дмитриевой Т.Б., Макушкиным Е.В., Шишковым С.Н.), представляется разработка и внесение поправок в ее текст. Тем не менее уже сейчас необходимо найти приемлемый вариант использования статьи в ее сегодняшнем виде, а также выработать стандарт проведения экспертного исследования, что дало бы возможность минимизировать трудности и помочь судебно-следственным органам получить объективную информацию о несовершеннолетнем. Прежде всего следует рассмотреть вопросы об объекте и предмете экспертизы несовершеннолетних в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ. Как справедливо полагает Т.Б. Дмитриева, для их решения необходимо конвенциональное соглашение. Формулировки «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством», а также «не мог в полной мере осознавать… или руководить…», по нашему мнению, следует понимать не как чисто научные, клинические или психологические категории, а как экспертные юридические понятия. Разумеется, их содержательная трактовка должна базироваться на научных положениях, но в то же время учитывать уголовно-правовые реалии и практические обстоятельства.

В настоящем разделе мы предлагаем подход к трактовке проблем комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых, который представляется нам наиболее логичным и непротиворечивым.

Согласно формулировке статьи, экспертиза должна выявить несовершеннолетних с «отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством». Как следует интерпретировать это экспертное понятие?

Иллюстрацией проблем, возникших в результате необоснованной трактовки этой формулы, стало дело 15-летнего Б., не привлеченного в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ к уголовной ответственности за совершение изнасилования несовершеннолетней в связи с тем, что ему в результате экспертизы был выставлен диагноз «Олигофрения в степени дебильности с психопатоподобным синдромом». Судебная коллегия Верховного Суда расценила 24.02.1998 этот случай как пример правильного применения соответствующей статьи. Известно, что спустя полгода Б., оставленный без необходимого в силу имеющегося у него психического расстройства надзора и лечения, совершил другое общественно опасное деяние –

убийство.

Большинство специалистов, психиатров и психологов согласны с тем, что под «отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством» следует понимать задержки развития, обусловленные социальными факторами, госпитализмом вследствие соматических заболеваний, сенсорной дефицитарностью. Противоречия в их взглядах касаются возможности либо невозможности сочетания такой задержки развития с иными аномалиями психики.

Некоторые авторы (Кудрявцев И.А., Миньковский Г.М., Ситковская О.Д., Конышева Л.П.), выступающие за «широкий подход» к реализации ч. 3 ст. 20 УК РФ, говорят о том, что статья может быть применена по отношению к подросткам, у которых констатируется смешанная комплексная детерминация психического отставания как социальными факторами, так и причинами психиатрического характера. В подобных случаях предлагается оценить «место каждой из этих причин во взаимодействии», раздельный вклад задержек развития социального генеза и психических аномалий в ограничение способности несовершеннолетнего к сознательной саморегуляции при совершении правонарушения. Однако в реальности система аномального психического развития у подростка представляет собой такой сложный комплекс, обусловленный всей совокупностью условий развития, что подобное разделение и «взвешивание» вклада его отдельных составляющих в регуляцию конкретного поведения, по нашему мнению, невозможно ни теоретически, ни практически. Кроме того, из практики известно, что признаки педагогической и социальной запущенности имеют большинство подростков с психическими аномалиями, совершающих правонарушения. В связи с этим применение ч. 3 ст. 20 УК РФ во всех случаях, когда отставание обусловлено хотя бы частично причинами психолого-педагогического и социального характера, вело бы, с нашей точки зрения, к неоправданно расширительному использованию статьи.

Более последовательным и реализуемым в практике представляется мнение психиатров (Гурьевой В.А., Макушкина Е.В.) – сторонников подхода, обозначаемого нами как «узкий», которые полагают, что для корректного использования статьи при констатации непатологических задержек развития должны быть одновременно *исключены* аномалии болезненного характера, например, умственная отсталость, органическое расстройство личности и поведения и т. п. При наличии подобных отклонений в психическом развитии следует применять ст. 21 или 22 УК РФ.

Если обратиться к тому, как решаются аналогичные

проблемы за рубежом, мы увидим, что, например, в законодательстве Германии речь идет об определении *зрелости* подростка, влияющей на его способность понимать противоправность своих действий и поступать в соответствии с этим пониманием. Нам представляется, что категория зрелости личности несовершеннолетнего или, в нашем случае, – незрелости наиболее точно отражает психологическую составляющую экспертного понятия «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством». При этом в центре внимания должна находиться именно личность несовершеннолетнего как целостная система, регулирующая социально значимое поведение субъекта. Под зрелостью личности понимается уже описанная нами ранее сформированность ее основных структур и функций: иерархической системы мотивов и смыслов, самосознания, способности к целеполаганию, волевых качеств. Незрелость, напротив, предполагает их слабое развитие. Следует особо подчеркнуть, что это положение касается личностной структуры и внутренней личностной позиции несовершеннолетнего независимо от ее содержательных характеристик и социальной ориентации.

Таким образом, любое структурирование личности, в том числе ее формирование в социально позитивном или асоциальном направлении либо образование устойчивых дисгармоничных черт и структур, свидетельствует против вывода о незрелости. Необходимо напомнить, что в возрастном плане элементы незрелости для подросткового периода характерны и нормальны, поэтому «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством» значительно чаще может констатироваться у 14-15-летних обвиняемых, чем у несовершеннолетних старших возрастов.

Из сказанного выше можно заключить, каким должен быть *объект* комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых. Из всей совокупности подростков-правонарушителей, направляемых органами следствия и судом на экспертное исследование, экспертиза выделяет личностно незрелых несовершеннолетних без психической патологии, без выраженной и структурированной личностной дисгармоничности, без сложившихся в относительно устойчивую позицию и стереотип поведения асоциальных тенденций.

Отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, в его клинической и психологической интерпретации может рассматриваться и в качестве *предмета* комплексной судебной психолого-

психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых на первой стадии ее проведения. Задачи этого этапа состоят в выявлении признаков такого отставания (личностной незрелости) у несовершеннолетнего подэкспертного и, при их наличии, в определении того, связаны они с психическим расстройством или нет. Решая названные задачи средствами каждой из дисциплин, психологи опираются на представления о психологической норме, психиатры – на модели той или иной клинической картины психического расстройства. В результате комплексной оценки возможны несколько исходов.

В случае если какое-либо *отставание в развитии вообще отсутствует,* дальнейшие экспертные вопросы в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ не возникают.

Если такое *отставание имеется, но связано с определенным психическим расстройством,* встает вопрос о способности несовершеннолетнего сознательно управлять своим поведением в рамках ст. 21 или 22 УК РФ. Ведущую роль при решении этих вопросов играет психиатр, устанавливающий наличие психической патологии. Однако психолог также может в рамках своей компетенции, прежде всего если речь идет о психическом расстройстве, не исключающем вменяемости, исследовать психологические механизмы ограничения способности к осознанному руководству действиями при совершении правонарушения и сделать выводы комплексной экспертизы более конкретными, обоснованными и надежными.

В случае, когда *признаки отставания в развитии (личностной незрелости),* по мнению экспертов обеих специальностей, *не связаны с психическим расстройством,* решение дальнейших вопросов экспертизы находится в компетенции психолога.

Из сказанного следует, что экспертиза несовершеннолетних обвиняемых для разрешения проблем ч. 3 ст. 20 УК РФ принципиально должна быть *комплексной* и не может выполняться экспертом, представляющим лишь одну специальность.

Обратимся теперь косновному интересующему нас варианту: у несовершеннолетнего обвиняемого есть отставание в психическом развитии и оно не связано с психическим расстройством. Сразу же хотелось бы предостеречь от ошибки, которая часто встречается в экспертизах несовершеннолетних и состоит в том, что этот вывод рассматривается в качестве заключительного, а на его основе судебно-следственные органы принимают решение о непривлечении подростка к ответственности. В действительности наличие такого отставания в развитии – лишь предпосылка для окончательного вывода,

который формулируется психологом на втором этапе экспертного исследования. *Предмет* экспертизы на данном этапе непосредственно связан с положением ч. 3 ст. 20 УК РФ о невозможности для несовершеннолетнего «в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими». Здесь возникает уже упоминавшееся противоречие со ст. 22 УК РФ, имеющей ту же диспозицию юридического критерия. На практике это может вести к тому, что при одном и том же уровне осознанности и произвольности противоправного поведения подросток с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, может не привлекаться к ответственности в силу ч. 3 ст. 20 УК РФ, а несовершеннолетний с психическим расстройством, не исключающим вменяемости (например, с олигофренией в степени дебильности), привлекается к уголовной ответственности с применением принудительных мер медицинского характера.

Для того чтобы избежать возникающих проблем, некоторые авторы предлагают иную формулировку предмета экспертизы. По их мнению, при наличии отставания в психическом развитии нужно решать вопрос о соответствии «психологического возраста» подростка его паспортному возрасту. Следует отметить, что аналогичные вопросы очень часто задаются экспертам и на практике. При этом предполагается, что экспертным путем можно установить «несоответствие» между психологическим и календарным возрастами несовершеннолетнего и вследствие этого освободить подростка от уголовной ответственности. Против такого подхода есть ряд принципиальных возражений. О методологической ошибочности постановки вопросов о психологическом возрасте в экспертизе несовершеннолетних обвиняемых уже говорилось в наших публикациях прошлых лет. Приведем наиболее существенные аргументы. Для возрастной психологии общепринятой и принципиальной является трактовка категории психологического возраста не как конкретного прожитого человеком отрезка времени, а как возрастного периода, характеризующегося качественной спецификой – свойственными именно данному периоду психологическими новообразованиями. Этот период применительно к подростковому и юношескому возрастам охватывает несколько лет (напомним: подростковый – от 11–12 до 14–15, юношеский – от 14–15 до 16–17 лет). Соответственно и возрастные нормы существуют не для конкретных календарных возрастов, а по отношению к периоду в целом. Иногда со стороны психиатров и юристов звучат предложения рассчитать конкретные нормы для

возрастов, с которых начинается уголовная ответственность. Однако и это невозможно. Возрастные нормы психического развития имеют не количественный, а качественный характер, поэтому выработать определенные «средние показатели» для 14 или 16 лет нельзя. Нормы обусловлены культурно-исторически и изменяются с течением времени, поэтому невозможно создать раз и навсегда заданный эталон нормативного развития. Кроме того, развитие подростка характеризуется неравномерностью и гетерохронностью (разновременностью). Отсюда еще одно типичное свойство норм этого возрастного периода: их широкая вариативность. Она касается развития как различных сфер психики у одного и того же подростка, так и одних и тех же параметров у подростков-ровесников. В подростковом возрасте существует и определенная разница в темпах физического созревания и психического развития между мальчиками и девочками, что также вносит свой вклад в вариации возрастных норм. Если же у подростка имеются клинически очерченные аномалии психического развития (например, олигофрения), то они имеют такие специфические структурные и качественные особенности, что не могут быть приравнены к нормам ни данного, ни какого-либо иного возрастного периода. Все эти обстоятельства свидетельствуют о непродуктивности подобного подхода к решению экспертных проблем. Главное же возражение против него состоит в том, что он не основан на законе и содержательно не вытекает из формулы ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Возвращаясь к формулировке статьи, следует подчеркнуть, что предметом экспертизы на данном этапе должна быть именно возможность несовершеннолетнего сознательно управлять своим поведением при совершении правонарушения. Рассматривая возникающее в этом случае противоречие со ст. 22 УК РФ, О.Д. Ситковская рекомендует устранить в тексте ч. 3 ст. 20 УК РФ слова «не в полной мере» как попавшие в нее по ошибке вопреки намерению ее авторов. Нам также представляется необходимым в этом случае применить «узкий» подход при проведении экспертизы и присоединиться к мнению юриста С.Н. Шишкова о том, что следует ужесточить экспертные критерии и использовать статью лишь в тех случаях, когда ограничение возможности осознания и руководства действиями у несовершеннолетнего настолько существенно, что приближается к ее отсутствию. Только так, по нашему мнению, может быть оправдано непривлечение подростка к уголовной ответственности без применения к нему каких-либо мер педагогического воздействия, зафиксированных уголовным законом.

Может возникнуть вопрос, как согласуется вывод психолога о

практически полной невозможности несовершеннолетнего сознательно руководить своими действиями вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, с заключением психиатра о вменяемости подростка, предполагающим его способность к такому руководству. Сочетание подобных выводов нередко ставит суды в тупик и заставляет назначать повторную экспертизу, призванную «разъяснить» противоречие. Вместе с тем противоречия здесь нет. Психиатром устанавливается отсутствие психических расстройств, которые могли бы лишать подэкспертного способности сознательно руководить своими действиями, т. е. одной из причин или предпосылок нарушений или ограничений этой способности. Такие нарушения или существенные ограничения могут быть обусловлены и другими непатологическими причинами: аффективными состояниями, психофизиологическими особенностями при необходимости быстро реагировать на ситуацию или – как в нашем случае – «отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством». Таким образом, вменяемость как отсутствие патологических причин может сочетаться с недостаточностью сознательного руководства действиями, вызванной другими, непатологическими причинами.

Еще одна возникающая в случае использования «узкого» подхода проблема связана с тем, что в сферу действия ч. 3 ст. 20 УК РФ будут попадать лишь немногие случаи, соответствующие описанным «жестким» критериям. Как же следует поступать с многочисленными менее выраженными проявлениями ограничения возможности несовершеннолетнего сознательно руководить своими противоправными действиями? Вполне допустимым вариантом, как нам представляется, было бы указание в заключении экспертизы тех особенностей психического развития, которые нашли отражение в поведении несовершеннолетнего при совершении правонарушения, но не дают основания для вывода о том, что он «не мог в полной мере» сознательно и произвольно управлять своим поведением. Это позволило бы одновременно учесть при назначении наказания «уровень психического развития, иные особенности личности» в соответствии со ст. 89 УК РФ и исключить применение ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Сказанное выше позволяет определить, какие вопросы при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы обвиняемых необходимо ставить перед экспертами следствием и судом. Мы предлагаем следующие формулировки, непосредственно вытекающие из текста ч. 3 ст. 20 УК РФ:

1. *Имеется ли у несовершеннолетнего отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством? Если имеется, то в чем конкретно оно выражается?*

2. При наличии у несовершеннолетнего такого отставания, можно ли сделать вывод, что вследствие этого отставания во время совершения общественно опасных действий он не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими?

Неправильно сформулированные вопросы:

1. *Соответствует ли психическое развитие N его возрасту (или возрасту уголовной ответственности, 14 или 16 годам)?*

2. Если психическое развитие N не соответствует его возрасту то какому возрасту оно соответствует?

На практике тем не менее следствие и суд часто задают экспертам подобные вопросы. Как следует на них отвечать?

При отсутствии существенных аномалий психического развития ответ на первый из приведенных вопросов может звучать следующим образом: *«Психическое развитие несовершеннолетнего N соответствует нормам его возрастного периода. Установить соответствие психического развития N14 (16) годам не представляется возможным, так как возрастная психология оперирует понятием норм возрастного периода (подростковый период – от 11–12 до 14–15 лет) и не располагает критериями отграничения норм для конкретных календарных возрастов внутри периода».*

Если у подростка обнаруживается психическое расстройство с клинически выраженной картиной (например, олигофрения в степени дебильности), то на второй вопрос уместен такой ответ: *«Психическое развитие при… (далее следует диагноз, установленный экспертом-психиатром, в данном случае – олигофрения) качественно отличается от нормального, поэтому установить соответствие психического развития N каким-либо возрастным нормам не представляется возможным».*

Следует подчеркнуть, что приведенные ответы не дают существенной дополнительной информации для практического решения экспертных вопросов. Поэтому эксперту рекомендуется в соответствии с предоставленным ему законом правом поставить новые экспертные вопросы, адекватные предмету экспертизы.

Установив предметное содержание экспертных вопросов, мы можем обратиться к *методологическим* и *методическим* подходам к их решению.

Вначале рассмотрим категорию «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством». В психологическом аспекте, как уже говорилось, ее основное

содержание составляет незрелость личности как регулятора социального поведения. Предпосылкой незрелости в ряде случаев может быть интеллектуальная ограниченность, которая обусловлена педагогической запущенностью и потенциально компенсируема. Неразвитость абстрактно-логического мышления затрудняет систематизацию опыта подростка и формирование его самосознания. Однако личностная незрелость может обнаруживаться и у подростков с достаточно развитыми интеллектуальными функциями. Главными ее источниками и признаками служат неструктурированность, неустойчивость, неразвитость мотивов и смыслов несовершеннолетнего. Они проявляются в неустойчивости эмоций и поведения, поверхностности суждений, слабой дифференцированности оценок, ситуативности побуждений и действий, игровом характере интересов и мотивации. Отсутствие устойчивой иерархии мотивов и соответственно ее отражения во внутренней позиции не позволяет несовершеннолетнему ставить перед собой долговременные социально опосредованные цели, прогнозировать последствия своих поступков. Информированность самосознания как рефлексии Я, собственных устремлений и нравственных принципов выражается, в частности, в том, что знаемые социальные нормы не всегда регулируют поведение несовершеннолетнего и легко нарушаются им под воздействием ситуации – собственных сиюминутных побуждений или непосредственного влияния других людей. На последнее обстоятельство – подверженность групповому влиянию – следует обратить особое внимание. Для подростков общение со сверстниками имеет огромное значение. В подростковых группах утверждаются нормы поведения, проигрываются «взрослые» роли, оказывается эмоциональная поддержка и подтверждается значимость каждого. В связи с этим мощным мотивирующим фактором для несовершеннолетнего служит сама принадлежность к референтной группе, а также связанное с ней стремление к подражанию, самоутверждению, которое может в значительной степени определять его поведение, в том числе противоправное.

Таким образом, говоря о зрелости либо незрелости личности подростка-правонарушителя, мы одновременно и прежде всего говорим о сформированности либо несформированности его способности самостоятельно и осознанно регулировать свое поведение в соответствии с социальными нормами.

Очевидно, что для оценки описанных феноменов на эмпирическом материале в рамках экспертизы необходимо всестороннее обследование подростка, включающее в себя изучение материалов уголовного и личного дела, медицинской

документации, беседы, психодиагностическое исследование с использованием разнообразного инструментария, а также наблюдение за всеми поведенческими проявлениями подэкспертного в процессе работы. Следует провести детальный анализ всего хода развития подростка, условий его воспитания, учебы, круга общения на основе показаний родителей, учителей, других знающих его людей, привлеченных в качестве свидетелей по делу. Аналогичные сведения должны быть получены и от самого подэкспертного. При этом особое внимание нужно обратить на его описание собственных интересов, мотивов, связанных с учебой, работой, с будущим. Неизбежно возникающий вопрос о создавшейся судебно-следственной ситуации и оценке ее перспектив, о самом правонарушении, принятии вины и возможного наказания также позволяет судить о способности несовершеннолетнего к прогнозу, взвешенным оценкам, поиску решения проблемы. Одновременно определяется, насколько устойчивы взгляды несовершеннолетнего и его социальная направленность, в частности, в какой мере выражены и привычны для него асоциальные тенденции. Последнее свидетельствовало бы о социальной запущенности, но не о личностной незрелости.

Патопсихологическое исследование, направленное на определение особенностей памяти, внимания, мышления, общей осведомленности, практической ориентации подростка, дает информацию о его интеллектуальных возможностях, а также о способности к самостоятельной организации интеллектуальной деятельности. Получаемые с его помощью данные имеют также первостепенное значение для отграничения личностной незрелости, обусловленной социальными и возрастными причинами, от аномалий психического развития, имеющих биологическую природу и клиническую выраженность. Последние проявляются в типичных для того или иного нарушения патопсихологических симптомокомплексах. Для психодиагностического исследования личностных характеристик несовершеннолетнего используется комплекс опросных, самооценочных и проективных методик. В наших исследованиях наиболее информативными оказались такие из них, как Самооценка (по Дембо-Рубинштейн), тест Розенцвейга, Цветовой тест отношений, Рисунок человека, пробы на внушаемость, обсуждение ситуаций, связанных с моральными и правовыми проблемами. Результаты выполнения этих методик позволяют оценить способность подростка ориентироваться в проблемных социальных ситуациях, дифференцированность оценок и самооценок, характер отношений и эмоциональной

идентификации с окружающими, особенности мотивации и моральных суждений. Кроме того, на основе ответов подэкспертного можно сделать вывод о его эмоциональной устойчивости в конфликтах, склонности к необдуманным ситуативным реакциям, конформности, внушаемости, несамостоятельности.

Интеграция данных, полученных из различных источников и имеющих преимущественно качественный характер, дает возможность оценить характер и степень незрелости личности, ее причинную обусловленность для ответа на вопрос, имеется ли у подростка «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством», а также указать, в чем именно оно выражается. Одновременно мы получаем ответ на вопрос о том, насколько развита у подэкспертного способность к осознанному руководству своими действиями в соответствии с социальными нормами.

Если в результате комплексного исследования установлено, что у подростка имеются признаки отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, то следующим этапом экспертизы становится выяснение вопроса, можно ли сделать вывод о том, что вследствие этого отставания во время совершения общественно опасного деяния он не мог «в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». В психологическом плане это экспертное понятие может быть интерпретировано как возможность либо невозможность несовершеннолетнего сознательно и произвольно регулировать свое поведение при совершении правонарушения. Такая возможность представляет собой конкретную ситуационную реализацию присущей подростку потенциальной способности к сознательной саморегуляции с учетом социальных норм, о которой говорилось ранее. Рассмотрим, в чем состоит процесс личностной регуляции конкретных действий человека.

Любое действие представляет собой результат взаимодействия *личности* и *ситуации.* Первый этап этого процесса – *восприятие* человеком ситуации. При этом когнитивные компоненты восприятия связаны с мотивационными, благодаря чему воспринимаемое субъектом как бы фильтруется его мотивационной системой и всегда имеет субъективную смысловую окраску. Так производится первичная оценка ситуации с точки зрения мотивов человека. Однако целостное восприятие содержит в себе информацию не только о предметах потребностей человека, но и о препятствиях на пути к их достижению, которые делают ситуацию проблемной для субъекта.

Препятствия или преграды могут быть внешними или внутренними. К внешним относятся физические обстоятельства, стоящие на пути к реализации мотива, а также социальные нормы, которые подросток хотя и знает, но не считает обязательными для себя, стремясь обойти их и избежать при этом санкций и наказаний. Внутренние преграды составляют собственные мотивы несовершеннолетнего. Они могут выражать как его мотивацию, связанную с другими видами деятельности, так и усвоенные, перенесенные во внутренний план взгляды других людей, групповые или общечеловеческие социальные нормы, а также представление о самом себе, самосознание, индивидуальные нравственные ценности. Чем более развита личность человека, тем более полимотивированным является его поведение и тем более обобщены и в то же время индивидуальны регулирующие его поведение нормы, тем более развито его самосознание. От характера преград зависит тип проблемной ситуации и ее переживания субъектом. Если в случае внешних преград можно говорить о состоянии *фрустрации,* то при наличии внутренних преград человек переживает состояние внутреннего *конфликта,* который может в крайнем выражении переходить в *кризис* всей мотивационно-смысловой системы. Эмоциональная реакция подростка на ситуацию и характер переживаний служат первичным индикатором его оценок и осмысления происходящего.

В соответствии с пониманием ситуации и системой мотивов и смыслов человека строится, по выражению А.Н. Бернштейна, *образ потребного будущего* как своего рода «задающий элемент» системы регуляции. Он может выступать на разных уровнях обобщенности в качестве «эскиза будущего», мотива-цели или конкретного результата действия. Формирование такого образа позволяет перейти к следующему этапу регуляции: *принятию решения, или целеполаганию.* Этот этап включает в себя прогнозирование, оценку и выбор конечного варианта целей и средств их достижения.

Прогнозирование означает определение возможностей, удовлетворяющих потребности подростка, и вероятных последствий их реализации в условиях данной ситуации и существующих ограничений. Прогноз тесно связан с *оценкой:* прогностические гипотезы сравниваются с желаемым результатом. Здесь оценка, как и на предыдущем этапе, в значительной степени имеет смысловой характер, но должна включать в себя и собственно рациональные компоненты. Критерием такой оценки является соответствие, во-первых, прогнозируемых результатов и последствий с образом потребного

будущего и всей смысловой системой, включая самосознание человека, а с другой – средств реализации с объективной системой ограничений, т. е. с ситуационными условиями, социальными нормами и т. п. Подобная оценка ведет к выбору или отвержению гипотетической цели и в конечном итоге к принятию решения о цели действий и средствах ее достижения. На этом завершается этап *целеполагапия* и начинается стадия целедостижения.

Этап *исполнения, или целедостижения,* включает в себя планирование действий, их контроль и коррекцию. На основе прогноза определяется конкретный *план* достижения цели. Далее следует выполнение действий в соответствии с планом. Промежуточные и окончательный результаты действий вновь проходят описанные выше внутренние механизмы регуляции деятельности. Оцениванию теперь подлежат отклонения от плана действий либо изменения внешних условий, а сама оценка выступает в роли внутреннего *контроля* действий. Изменения операционального состава, тактики или даже стратегии действий, вплоть до отказа от намеченной цели, если этого требуют обстоятельства, выполняются в качестве *коррекции* действий.

Такова общая теоретическая схема осознанной и произвольной регуляции поведения человека. Если соотнести понятия «осознание» и «руководство» с ее этапами, то первое включает в себя смысловое восприятие ситуации и целеполагание, а второе – целедостижение, или исполнение решения. Однако в более широком смысле категория «руководить своими действиями» охватывает весь процесс описанной регуляции. Этапы и стадии схемы регуляции можно использовать в качестве ориентиров при экспертном анализе возможностей подростков-правонарушителей сознательно руководить своими противоправными действиями.

Между тем далеко не каждый поведенческий акт подвергается человеком подобной детальной проработке. В значительной степени поведение регулируется привычными правилами, в рамках которых не требуется постоянного принятия решений. Необходимость осознанного и волевого решения возникает преимущественно тогда, когда происходит отход от социальных стандартов, например, в новой непривычной обстановке или в ситуации нарушения принятых норм и правил. В связи с этим психологическое исследование следует направлять на поиск субъективных проблем и переживаний, возникавших у подростков в ситуации правонарушения, а также на анализ способов их решения.

Варианты нарушенной регуляции действий у подростков с

личностной незрелостью могут быть разнообразны. Рассмотрим один из них на конкретном *примере*.

14-летний Гриша Х., ученик 8 класса, был единственным ребенком в благополучной семье, проживавшей в одном из небольших городов Московской области. Его отец – военный, мать – инженер. Мальчик неплохо учился, занимался спортом. Серьезных проступков никогда не совершал, на учете в милиции и у психиатра не состоял.

20.03.03 г. Гриша не пошел в школу, так как у него болело горло. Около 11 часов утра к нему в гости пришли учившиеся в той же школе Ж. и Г., 13 и 14 лет. Мальчики разговаривали, смотрели журналы, а затем Гриша предложил для развлечения звонить по телефону. Вначале он позвонил по объявлению в газете и сделал вид, что хочет устроиться на работу грузчиком. Ребята смеялись над его шуткой. Затем он открыл наугад телефонный справочник и позвонил по первому попавшемуся телефону в школу № 15. Изменив голос, Гриша сказал женщине, поднявшей трубку, что у них в школе заложена бомба, и закончил разговор. Другие мальчики слушали это по трубкам параллельных телефонов, смеялись. Один из них спросил у Гриши, не боится ли он, что его «вычислят», но тот ответил, что при звонках меньше 10 секунд «вычислить» звонившего невозможно. Впоследствии учитель школы, принявшая звонок, сообщила в своих показаниях, что она вначале приняла заявление за шутку, т. к. слышала детский смех, но, следуя инструкции, вызвала милицию. Ученики и сотрудники школы были эвакуированы, предпринимались поиски взрывного устройства. Вечером того же дня знакомый рассказал об этом Грише. Его это очень обеспокоило. Через несколько дней он был вызван в милицию, и ему было предъявлено обвинение по ст. 207 УК («Заведомо ложное сообщение об акте терроризма»).

По инициативе следствия Грише была проведена комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Вопросы, заданные экспертам, касались, в частности, наличия у него «отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством», а также возможности вследствие этого отставания при совершении правонарушения в полной мере «осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий». Экспертиза была проведена амбулаторно в Отделении судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних ГНЦ ССП им. В.П. Сербского.

Приводим полностью заключение психолога и ответы на вопросы суда.

«При экспериментально-психологическом исследовании

использовались следующие методики: 10 слов, Исключение предметов, Сравнение понятий, толкование условного смысла, установление логических связей по сериям последовательных картинок, Самооценка (по Дембо-Рубинштейн), Индивидуально-типологический опросник, детская версия (ИТДО), тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, Цветовой тест отношений (ЦТО). Применялись методы наблюдения, клинической беседы, анализа анамнестических материалов и материалов уголовного дела.

Испытуемый держится несколько скованно и неуверенно. Настроение ситуационно понижено. На вопросы испытуемый отвечает достаточно полно, в то же время его суждения отличаются поверхностностью, незрелостью, иногда противоречивы. О цели экспертизы знает, что она выясняет, есть ли у него «отставание в развитии», но значение этого обстоятельства для уголовного дела оценить не может. Сам считает, что подобного «отставания» у него нет. Относительно правонарушения говорит, что позвонил в школу с сообщением о якобы заложенной бомбе от скуки, не думая о последствиях. Утверждает, что если бы представлял себе последствия звонка, то никогда бы не стал этого делать. Полагает, что директор школы должна была догадаться, что это шутка, т. к. слышала «детские голоса и смех». Рассчитывает на условное осуждение, говорит, что больше всего его волнует реакция на происшедшее родителей.

В экспериментальной части исследования работает послушно, старательно. Инструкции усваивает после первого предъявления, но иногда в ходе работы требуются напоминания и коррекция. В случаях затруднений подолгу не дает ответа, теряется. Собственные ошибки и противоречия самостоятельно замечает в редких случаях, однако адекватно реагирует на корректирующие замечания экспериментатора, успешно использует его помощь и подсказки. В некоторых случаях отмечается нерезко выраженная неустойчивость внимания. Признаков утомляемости, колебаний работоспособности не наблюдается.

При исследовании мнестических процессов непосредственное запоминание – без существенных отклонений от нормы (кривая воспроизведения: 4, 8, 9, 8, 10, отсроченно через час – 8 слов).

В операциональной сфере мышления («Исключение предметов», «Сравнение понятий») наряду со способностью испытуемого адекватно выполнять мыслительные операции на понятийном и функциональном уровнях проявляются его склонность к недостаточно обдуманным ответам, опоре на случайные поверхностные и наглядные признаки объектов, а

также трудности дифференциации существенного и второстепенного. Коррекция и помощь со стороны экспериментатора приводят к повышению качества ответов. Продуктивнее выполняются объективно более сложные вербальные задания.

Переносный смысл пословиц испытуемый толкует в целом верно, однако испытывает трудности с вербализацией и точной формулировкой ответов.

При установлении логических связей на наглядном материале (задания теста Векслера) отмечается тенденция испытуемого к отражению внешней последовательности событий без анализа их внутренней взаимосвязи и смысла. Тем не менее корректирующая помощь экспериментатора позволяет ему быстро справиться с заданиями.

Общая осведомленность, кругозор несколько ограничены, но в целом достаточны.

Самооценка испытуемого (методика Дембо-Рубинштейн) поверхностна, незрела. В одних случаях (например, по параметру «умственные способности») она опирается на мнение окружающих, в других (по параметру «характер») – неадекватно завышена. Испытуемый полагает, что у него «самый хороший характер», поясняя: «Слабохарактерный, могу что-то уступить. Не стремлюсь быть самым лучшим». Заявляет, что у него нет недостатков, кроме лени. Оценивая себя по показателю «счастье», говорит: «Не самый счастливый. У счастливых все нормально идет, деньги, власть. Жена, дети». Относительно планов на будущее заявляет, что хотел бы работать в ФСБ. Однако реальных представлений о работе в этих органах не имеет («не знаю, какая специальность будет»), ссылается на то, что «туда поступили друзья», «там можно играть в баскетбол». Продуцируемые им собственные мотивы социально позитивны, шаблонны («хочу хорошо учиться»), однако эмоциональное оживление у испытуемого можно отметить лишь при упоминании игровых интересов (баскетбол, компьютерные игры). Все это свидетельствует о недостаточной сформированности мотивационно-смысловой сферы испытуемого.

По данным ЦТО, теста «Рисунок человека» испытуемому свойственна неустойчивость оценок и предпочтений. Отмечается слабая сформированность психосексуальной идентичности.

Исследование личностных особенностей (ИТДО, тест Розенцвейга) выявляет сочетание противоречивых черт в виде повышенной тревожности, эмоциональной чувствительности, податливости, конформности, с одной стороны, и склонности к недостаточно обдуманным действиям, обусловленным

непосредственными побуждениями, к повышенной плохо организованной активности, предъявлению требований к другим людям, реакциям самоутверждения – с другой.

Таким образом, в экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступает личностная незрелость испытуемого, проявляющаяся в поверхностности, слабой обоснованности суждений, в некоторых случаях – их противоречивости, а также в несформированности мотивационно-смысловой сферы с преобладанием игровых интересов, неустойчивости оценок, недостаточно адекватной самооценке, несамостоятельности, подверженности влиянию как внешнего окружения, так и собственных непосредственных побуждений. Выявляется сочетание тревожности, склонности к реакциям растерянности в сложных ситуациях, конформности с повышенной плохо организованной активностью без достаточного прогноза ее последствий, а также с реакциями самоутверждения. При этом в рамках внешней регламентации поведения испытуемый сохраняет позитивную социальную направленность и может действовать относительно продуктивно.

В интеллектуальной сфере обнаруживаются хорошие потенциальные возможности испытуемого, его способность к выполнению операций сравнения, исключения, обобщения на понятийном и функциональном уровнях абстракции, пониманию условного смысла, установлению несложных логических связей. В то же время ему свойственны тенденция к опоре на несущественные поверхностные, в том числе наглядные, признаки объектов, трудности дифференциации существенного и второстепенного, целостного адекватного осмысления ситуаций, а также пониженная критичность мышления. Внешняя помощь и коррекция способствуют повышению качества ответов. Мнестические процессы без существенных нарушений.

Заключение экспертов-психиатров: психически здоров.

Ответы на вопросы психолога.

У Х. обнаруживаются признаки отставания в психическом развитии, не связанные с психическим расстройством, в виде личностной незрелости, проявляющейся в поверхностности, слабой обоснованности суждений, в некоторых случаях – их противоречивости, а также в несформированности мотивационно-смысловой сферы с преобладанием игровых интересов, неустойчивости оценок, недостаточно адекватной самооценке, несамостоятельности, подверженности влиянию как внешнего окружения, так и собственных непосредственных побуждений. Выявляется сочетание тревожности, склонности к реакциям растерянности в сложных ситуациях, конформности с

повышенной плохо организованной активностью, недостаточностью прогноза ее последствий, реакциями самоутверждения. При хороших потенциальных интеллектуальных возможностях в мыслительной сфере испытуемого в настоящее время обнаруживаются склонность к опоре на несущественные поверхностные, в том числе наглядные, признаки объектов, трудности дифференциации существенного и второстепенного, целостного адекватного осмысления ситуаций, пониженная критичность мышления. В условиях внешней нормативной регламентации поведения испытуемый сохраняет позитивную социальную направленность и может действовать относительно продуктивно.

При совершении инкриминируемых ему действий Х. в силу свойственной ему личностной незрелости и особенностей мышления не анализировал целостно создающуюся ситуацию, не прогнозировал, а следовательно, адекватно и не оценивал ее реальных последствий (эвакуация школы, вызов специальных служб для обезвреживания якобы заложенной бомбы). Его действия не планировались заранее, были непосредственными и имели игровой характер. При этом мотивация Х. преимущественно направлялась не на результат, а на сам процесс действий. С учетом индивидуальных особенностей Х. (конформности, ориентации на внешнее окружение в сочетании со склонностью к самоутверждению), совершению его противоправных действий способствовало само присутствие и участие в звонках по телефону других подростков. Понимая неправильность и возможную наказуемость своего поведения как злой шутки (об этом свидетельствуют вопросы Ж. и Г. о том, не боится ли Х., что его «вычислят»), Х. тем не менее не мог во время совершения инкриминируемых ему действий понимать их реальный смысл и масштаб возможных последствий. Это понимание стало доступно ему лишь после того, как он узнал о произошедшей эвакуации, что подтверждает его эмоциональная реакция («стал переживать и мучиться» – показания Х.; «он стал какой-то замкнутый, его что-то тревожило, он что-то переживал» – показания отца Х.). Изложенное свидетельствует о том, что во время совершения инкриминируемого ему деяния Х. в силу отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими».

Приведенный пример показывает, как свойственная Грише Х. личностная незрелость, выражающаяся прежде всего в незрелости и неустойчивости мотивов и смыслов, проявилась в ситуации

правонарушения. В данном случае реальное целеполагание практически отсутствовало, подростков интересовал сам процесс игровых действий. Важное значение имел и групповой характер действий, взаимное эмоциональное заражение их участников, что свойственно именно подросткам. При этом снижается чувство личной ответственности за совершенное, но возрастает стремление к самоутверждению за счет рискованного поведения, нарушения общепринятых стандартов и норм.

Следует подчеркнуть, что в экспертном заключении психолога, помимо описания личности подростка с признаками незрелости, обязательно должен быть отражен анализ осознанности и произвольности совершенных им противоправных действий, для чего используется описанная теоретическая схема, а также указаны конкретные признаки, которые свидетельствуют о недостаточности регулятивных возможностей.

Опыт экспертной работы прошлых лет позволяет нам определить наиболее типичные варианты ограничения возможности несовершеннолетнего обвиняемого сознательно и произвольно регулировать свои противоправные действия. Каждый из них имеет соответствующие корреляты в особенностях развития личности подростков.

Вначале необходимо выделить два принципиально различных типа совершения таких действий: индивидуальные и групповые правонарушения.

При *индивидуальных* противоправных действиях следует определить направленность мотивации подростка: на конкретный результат или на сам процесс действий.

При ориентации *на процесс* действий мотивация имеет, как правило, игровой характер и, как в приведенном примере, регуляция ущербна из-за недостаточности осмысления ситуации, прогноза и оценки последствий собственных действий несовершеннолетнего. Сама реализация действий может производить впечатление последовательной и упорядоченной. Однако она подчиняется игровому плану, и нарушенным оказывается прежде всего звено целеполагания, которое определяет порочность всей системы руководства действиями.

При направленности подростка *на результат* действий возможны по крайней мере два варианта ограничения возможностей саморегуляции.

В первом случае оно проявляется в непосредственных действиях, направленных на немедленное достижение результата независимо от объективных и субъективных условий. При этом действия не опосредованы процессом целеполагания, отсутствуют адекватные прогноз и оценка, сознательный выбор того или иного

вида поведения. Нет и целедостижения, упорядоченного планом, контролем и коррекцией. Такие правонарушения совершаются подростками с неустойчивостью эмоций и поведения, склонными к реализации ситуативных побуждений.

Второй, более редкий, вариант проявляется в том, что ситуация предъявляет к личностно незрелому подростку повышенные требования, и в силу ограниченного опыта и специфических личностных особенностей он не может найти адекватных средств для достижения субъективно значимой цели. При этом искажается оценка как самой ситуации, так и собственных действий подростка, направленных на решение проблемы.

Варианты ограничения осознанного руководства своими действиями у подростка, совершающего правонарушение *в группе,* очень различны. Ранее уже говорилось о значении общения со сверстниками в этом возрасте. Эксперту-психологу важно оценить не только личностные особенности несовершеннолетнего (лидерские тенденции или, напротив, конформность, внушаемость, склонность к имитации), но и его место в группе, состав группы и динамику взаимодействия в ней. Воздействие других на подростка может варьировать от простого присутствия (как это было в нашем примере) или демонстрации образцов поведения, которым несовершеннолетний подражает, до прямого внушения и принуждения к совершению тех или иных противоправных действий. За незрелого подростка с несформированной мотивационно-смысловой системой функции целеполагания, выбора целей и средств их достижения выполняют другие. Таким образом, он в значительной степени является не субъектом собственного поведения, а объектом чужого влияния, не обладающим самостоятельной волей. Это свойственно конформным внушаемым подросткам, испытывающим потребность в групповой принадлежности.

Перечисленные варианты ограничения осознанности и произвольности противоправного поведения свойственны не только подросткам с «отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством», но и несовершеннолетним с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, подпадающими под действие ст. 22 УК РФ. В настоящее время часто основанием для применения статьи служит лишь констатация у несовершеннолетнего такого психического расстройства, которая относится к компетенции экспертов-психиатров. С нашей точки зрения, этого недостаточно. Для обоснованного решения необходимо доказательство того, что диагностированное психическое расстройство ограничивало

возможности подростка в ситуации правонарушения полностью сознательно и произвольно руководить своими действиями. Обоснование подобного ограничения могут выполнить эксперты-психологи, опираясь на описанные выше принципы экспертного анализа.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых представляет собой один из наиболее сложных видов экспертного исследования, для стандартизации и выработки единых общепринятых критериев которого необходима дальнейшая работа. Вместе с тем развитие правовой политики по отношению к несовершеннолетним позволяет надеяться на введение в недалеком будущем в России, как и в большинстве развитых стран, системы ювенальной юстиции. Она предусматривает использование не только и не столько принципа разумения, сколько принципа воспитуемости. А это повлечет за собой постановку новых вопросов к экспертам-психологам и необходимость новых методологических разработок.

Рекомендуемая литература

Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Шишков С.Н. Случай необоснованного применения ч. 3 ст. 20 УК РФ по делу об умышленном убийстве // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сб. № 41 / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2003. – С. 226–244.

Дозорцева Е.Г. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых. Участие психолога в КССПЭ несовершеннолетних обвиняемых // Подростковая судебная психиатрия: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Гурьевой. – М., 1998. – С. 277–298.

Дозорцева Е.Г. Психологический подход к решению вопросов комиссионной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых // Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1988. – С. 88–92.

Кудрявцев И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М., 1988.

Кудрявцев И.А., Дозорцева Е.Г. Психологический возраст: методологические проблемы и судебная экспертная практика // Психологический журнал. – 1988. – Т. 9. – № 6. – С. 103–115.

Кудрявцев И.А., Миньковский Г.М., Ситковская О.Д. Концептуальные и экспертные проблемы применения ч. 3 ст. 20

УК // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 4. – С. 34–42.

Макушкин Е.В. Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрическое значение дизонтогенетических психических и поведенческих расстройств у подростков: автореф. дис… д-ра мед. наук. – М., 2002.

Мельникова Э.Б. Ювенальная юстиция: проблемы уголовного права, уголовного процесса и криминологии: Учебное пособие. – М., 2000.

Ситковская О.Д., Конышева Л.П. Психологическая экспертиза несовершеннолетних в уголовном процессе. – М., 2001.

Шишков С.Н. Понятия «вменяемость» и «невменяемость» в следственной, судебной и экспертной практике // Законность, 2001. – № 2. – С. 25–29.

Шишков С.Н. Норма УК об освобождении от ответственности подростка, отставшего в психическом развитии: достаточно ли она обоснована? // Журнал российского права. – 1997. – № 5. – С. 71–78.

М.В. Морозова,
доцент, кандидат психологических наук

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза способности давать показания

Экспертиза способности правильно воспринимать обстоятельства правонарушения и давать о них правильные показания (будем для краткости именовать ее далее «способность давать показания»), называемая еще в практике экспертизой свидетелей, хотя ее субъектом являются не только свидетели, – довольно распространенный вид судебной экспертизы. По статистике, за последние пять лет около 30 % свидетелей и потерпевших направляются на экспертное освидетельствование, в то время как обвиняемых – только 8 %.

Прежде чем приступить к изложению основных методологических и организационных аспектов, практических рекомендаций, остановимся на истории развития проблемы экспертизы свидетелей, поскольку это позволит лучше понять саму суть вопроса. Многие положения, выдвинутые ранее, и в настоящее время представляют интерес для экспертной практики.

Как известно, применение психологии в уголовном процессе началось значительно позднее, чем психиатрии; в XVII–XVIII вв. изучались лишь отдельные психологические вопросы, в том числе и проблема свидетельских показаний. Основы же судебно-психологической экспертизы способности давать показания стали разрабатываться только с конца XIX – начала XX в., приблизительно в тот же период времени, когда психология заявила о себе как самостоятельная наука, выделившись из рамок философии, медицины и педагогики.

Исследованием проблемы свидетельских показаний в Европе занимались, в частности, такие известные ученые, как Г. Гросс, А. Бине, В. Штерн, М. Лобзин; в России – В.П. Сербский, А.Н. Бернштейн, О.Б. Гольдовский, знаменитый юрист А.Ф. Кони. Работы авторов того периода времени были посвящены преимущественно анализу показаний, проблеме лжи при свидетельствовании, ошибкам памяти и исследованию влияния различных индивидуально-психологических особенностей на способность давать показания, а не самой способности как таковой. Основной же проблемой стала оценка достоверности свидетельских показаний, в том числе и в рамках дискуссии о

предмете экспертизы свидетелей, которая велась с самого зарождения данного вида экспертизы.

Большинство зарубежных исследователей, например, А. Бине и В. Штерн, считали, что деятельность эксперта не должна ограничиваться оценкой способностей конкретного человека, которые позволяли бы ему воспринимать обстоятельства правонарушения и давать о них показания, что он должен распространять свою компетенцию на область оценки достоверности или недостоверности самих показаний. В. Штерн писал о том, что психолог, обладая знаниями о механизмах и закономерностях психических функций, может и должен проводить оценку свидетельских показаний, основываясь при этом только на данных, полученных экспериментальным путем. Некоторые же авторы не разделяли этой точки зрения, в частности, Е. Хофман в руководстве по судебной медицине еще в 1891 г. указывал, что психиатры должны анализировать не показания потерпевшего лица, а его психическое состояние.

В. Штерн выделил три основные характеристики, влияющие на содержание показаний: характер стимульного материала; внешние условия, при которых воспринимается и воспроизводится стимульный материал, и индивидуальность самого свидетеля. При этом он придерживался той точки зрения, что свидетельские показания являются всегда недостоверными из-за ошибок памяти, а чем больше времени проходит от самого события до дачи показаний, тем больше в них искажений, обусловленных указанными ошибками. Это же мнение разделял Г. Гросс и некоторые отечественные исследователи, писавшие, что показания без ошибок являются скорее исключением, чем правилом, – это О.Б. Гольдовский, А.В. Завадский, А.И. Елистратов. При этом А.Ф. Кони считал, что преднамеренное искажение событий – более значительная проблема, чем естественные ошибки памяти.

Интересными для нас представляются и некоторые классификации ошибок и неточностей в свидетельских показаниях, составленные исследователями начала века. О.Б. Гольдовский выделил три вида ошибок и неточностей: пропуски событий и предметов, которые имелись в действительности; добавление того, чего не было; искажение информации. А.Н. Бернштейн описал два основных типа ошибок: выпадение отдельных деталей и «истинные ошибки», которые подразделил на искажение имевших место фактов и привнесение новых деталей. При этом один из основных тезисов А.Н. Бернштейна гласил, что человек воспроизводит не то, что происходило на самом деле, а то, что он воспринял; не сами события, а свои

представления о них.

Интересна также предложенная А.Ф. Кони классификация ложных показаний с выделением четырех их типов: 1) показания, данные под влиянием гипнотических внушений; 2) показания под влиянием самовнушения (к этой категории он относил в ряде случаев и показания детей); 3) искажения в свидетельских показаниях под влиянием патологических состояний и 4) сознательная ложь.

О.Б. Гольдовским были описаны и причины возникновения неточностей в показаниях, при этом основными из них он считал «нормальные ошибки памяти», под которыми понимал постепенное «выпадение» и ослабление информации с течением времени; «патологические страдания памяти» и «патологическую ложь». Дополняли этот перечень плохо развитая наблюдательность; склонность к фантазированию и внушению, в том числе и внушающее влияние вопросов следователей, судей и других лиц, дающих показания по данному делу; «естественная» склонность большинства людей с помощью «душевной ретушовки» заполнять пробелы в воспринятой информации в случае ее неясности и нечеткости до образования законченного целостного образа.

Большое значение при оценке свидетельских показаний в тот период времени придавалось первому самостоятельному рассказу свидетеля, еще до вопросов следователя, поскольку, как считали большинство исследователей, ответы на вопросы всегда содержат ошибки, так как часто сам вопрос навязывает ответ. Это положение было подтверждено экспериментами В. Штерна, в результате которых он установил, что одна четвертая часть ответов свидетелей была внушена вопросами следователя и при допросах ошибок в показаниях в 5,5 раза больше, чем при свободном самостоятельном рассказе. Первый допрос ценен еще и потому, что чем больше свидетель допрашивается по поводу случившегося события, тем больше его показания превращаются, по мнению О.Б. Гольдовского, не в «воспоминания виденного, а в воспоминания о данном уже прежде показании».

Чтобы можно было дать точную и объективную оценку показаниям, предлагалось в протоколы допросов, особенно если речь шла о детях, записывать как ответы, так и задаваемые вопросы.

Помимо указанных выше, выделялись и другие характеристики, оказывающие влияние на показания свидетелей. Например, В. Штерн пытался описать возрастные, образовательные и половые различия в способности давать показания: так, по его мнению, женщины забывают меньше, чем

мужчины, но больше искажают информацию. Большая роль отводилась эмоциональному состоянию свидетеля, которое, по мнению авторов, затрудняет объективное восприятие действительности в момент правонарушения, а при воспроизведении событий может «бессознательно искажать воспоминания». А. Крамер в качестве фактора, препятствующего правильному восприятию событий и способности давать показания, указывал алкогольное опьянение. М. Лобзин писал о важности культуральных различий, зависимости способности давать показания от типа восприятия, от ведущего анализатора в восприятии внешней стимуляции. О.Б. Гольдовский большое значение придавал волевым процессам. Особенно интересным и заслуживающим внимания нам представляется его положение о том, что ошибки, допускаемые при воспроизведении материала, – это зачастую не сами по себе недостатки памяти, а свидетельство недостаточной способности лица оценить объективную ценность впечатлений и серьезность происходящего события, а также и собственную ответственность. Этот тезис имеет особую значимость, и о данном положении всегда надо помнить, когда в качестве подэкспертных выступают дети и подростки или лица с психическими расстройствами.

Большая роль в разработке проблемы свидетельских показаний принадлежит П. Плауту, а его книга «Психологические экспертизы в уголовных процессах» стала основой для немецкой психологии и психиатрии. Начиная свою научную деятельность в рамках школы В. Штерна, П. Плаут разделял его взгляды на свидетельские показания, соглашаясь, что все они практически недостоверны и ошибочны, основную причину этого он видел также в «нормальных ошибках памяти». Но в дальнейшем он выработал собственные подходы к этой проблеме, поставив на одно из ведущих мест вопрос фиксации показаний. Им были введены не утратившие своей актуальности и до настоящего времени следующие понятия: «судебно-следственная ситуация», «история показаний» и «процессуальная типология свидетеля». Выделены возможные типы свидетелей: анонимный свидетель; свидетель, являющийся очевидцем; свидетель, заинтересованный в данном деле; свидетель с положительной или отрицательной установкой к подсудимому и свидетель, который может быть соучастником преступления.

С конца 30-х и до середины 60-х гг. количество исследований по данной проблематике, как в Европе, так и в России, значительно сократилось. Отдельные работы, а их авторами являлись преимущественно психиатры, были посвящены оценке показаний и «свидетельскому поведению» (Брусиловский А.Е.)

психически больных, оговорам и самооговорам, псевдологическому синдрому и детским показаниям (Брайнина М.Ф., Юсевич Л.С., Введенский И.Н., Алфимова Т.А., Бунеев А.Н.). Продолжалась дискуссия о предмете экспертизы и компетенции экспертов. Так, А.Н. Бунеев писал, что задачей эксперта-психиатра является решение вопроса о наличии или отсутствии «психических изменений, которые могут влиять на достоверность показаний свидетеля». В то же время он может проводить и судебно-психиатрическую оценку достоверности показаний психически больных и лиц с аномалиями психического развития («психически неполноценных»), но такая оценка достоверности в каждом конкретном случае требует индивидуального подхода и должна основываться на тщательном психопатологическом анализе подэкспертного и особенностей его личности. Именно такой подход, по его мнению, может позволить эксперту-психиатру установить прямую зависимость между показаниями подэкспертного и его психопатологическими переживаниями, вызванными болезненными изменениями психики. Таким образом, А.Н. Бунеев в определенной мере подвергал сомнению широко распространенную в тот период времени и существующую до сих пор у некоторых психиатров точку зрения о том, что психически больные не могут быть свидетелями, а их показания не имеют юридической силы.

В практической деятельности тех лет при проведении экспертиз свидетелей психологи выступали, как правило, в качестве вспомогательного звена для помощи в диагностике психиатру, в тех случаях, когда такие экспертизы не отдавались на откуп только юристам.

Во второй половине 60-х гг. были сделаны попытки возрождения самостоятельной психологической экспертизы, а в 70-х гг. начали разрабатываться основы проведения комплексных психолого-психиатрических экспертиз, в том числе и экспертиз свидетелей. Причем если в России назначаются, как правило, комплексные экспертизы, даже если речь идет о психически здоровых лицах, то за рубежом в экспертизе психически здоровых свидетелей и потерпевших психологи чаще работают самостоятельно.

Предмет экспертизы свидетелей и пределы компетенции экспертов в разных странах имеют свои отличия. Например, в Германии, Польше и Швеции проводится экспертиза достоверности показаний. Психологи-эксперты на основании изучения и обобщения данных об индивидуально-психологических особенностях свидетеля, конкретных условиях происходящих событий и содержании показаний дают

заключение о достоверности последних. Особый интерес в этом плане представляет разработанная в Германии специально для оценки достоверности детских показаний система качественного анализа содержания показаний на основе «критериев реальности» или «содержания». Оценка показаний по этой системе наиболее значима в случаях правонарушений сексуального характера, когда показания ребенка являются единственным доказательством по делу. На основе этой системы критериев работают также и эксперты Швеции. В Англии тоже существуют критерии для дифференциации истинных и ложных показаний. И в нашей стране проводились исследования, направленные на выявление качественных параметров, позволяющих дифференцировать ложные и достоверные показания, – это работы А.А. Леонтьева, Н.И. Смирновой, Ю.А. Сорокина, А.М. Шахнаровича.

В Германии существует и несколько другой подход, например, П. Лемпп считает, что эксперт не располагает необходимым инструментарием для оценки достоверности показаний, но он может проводить экспертизу правильности показаний. Под этим П. Лемпп понимает выявление у подэкспертных таких особенностей, которые позволяют сомневаться в истинности показаний, и установление, если таковые имеются, степени их выраженности. При этом в своем заключении эксперт обязан детально изложить признаки того, что высказывание сознательно или неосознанно искажено, поскольку его основная задача – это помощь суду, чтобы тот не опирался на возможно ложные показания. Оценку же достоверности показаний проводит суд, он же и определяет, на что ему опираться при вынесении своих решений – на сами показания или признаки ложности высказываний, установленные экспертом.

Большинство работ отечественных психологов как в начале, так и в конце прошлого века было посвящено самим показаниям. Пополнился перечень возможных ошибок, допускаемых при свидетельствовании, и механизмов их возникновения; большое внимание уделялось проблеме лжи; исследовалось соотношение показаний с вопросами допрашивающего и записями протокола (Адамов Ю.П., Гуняев В.А., Леонтьев А.А.). Так, например, В.А. Гуняев писал, что при даче свидетельских показаний могут существовать «добросовестные заблуждения», утечка и искажение информации, обусловленные ошибками перекодировки образных представлений и последующего их воспроизведения в вербальной форме. Он же указывал на зависимость показаний от того лица, которому они даются, т. е. следователя, от уровня его интеллектуального и речевого развития, словарного запаса и

способности излагать мысли, поскольку отдельные протоколы допросов могут превращаться в «показания следователя о воспринятых им на слух показаниях свидетеля».

В настоящее время дискуссия о предмете экспертизы пришла к логическому завершению. Законодательно закреплено положение о том, что оценка достоверности свидетельских показаний, причин их изменений, оговоры и самооговоры являются прерогативой суда и не входят в компетенцию экспертов, как психиатра, так и психолога. Основанием этого постулата является тот факт, что указанные выше феномены выступают не в качестве компонентов психической деятельности, а представляют собой ее результат (Яковлев Я.М., Коченов М.М., Строгович М.С., Кудрявцев И.А., Метелица Ю.Л., Шостакович Б.В.).

Итак, от небольшого исторического экскурса мы перейдем к основным методологическим и организационным вопросам экспертизы способности давать показания.

Согласно *ст. 56 УПК РФ,* «в качестве свидетеля для дачи показаний может быть вызвано любое лицо, которому могут быть известны какие-либо обстоятельства, имеющие значение для расследования и разрешения уголовного дела». Этой же статьей определяются права и обязанности свидетеля. Согласно тому же уголовно-процессуальному праву (ст. ст. 76–79 УПК РФ), показания подозреваемого, обвиняемого, свидетеля и потерпевшего выступают одним из видов доказательств по рассматриваемому уголовному делу во время судебно-следственного разбирательства, не имея какого-либо приоритета.

Предыдущий УПК содержал в себе статьи, предписывающие обязательное проведение экспертизы для определения психического или физического состояния свидетеля, потерпевшего и обвиняемого в случае, если возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Основанием для таких сомнений специалистами было определено наличие у подэкспертного: психического заболевания или временного болезненного расстройства, повышенного эмоционального напряжения, наркотического или алкогольного опьянения в момент правонарушения; отставания или искажения в психическом развитии; снижения интеллектуально-мнестических способностей; сенсорных дефектов; своеобразия личностных черт. Помимо этого, оговаривался и малолетний возраст свидетеля и потерпевшего (Печерникова Т.П., Гульдан В.В., Кудрявцев И.А.). В.В. Мельник с соавторами поводом для назначения данного вида экспертизы даже у психически здоровых

лиц предлагали считать расхождение между показаниями свидетеля и другими материалами дела, большой срок давности происшедших событий и характер самих событий.

Новый УПК предписывает обязательность проведения такого рода экспертизы только в отношении потерпевших (ст. 196) и никак не затрагивает лиц иного процессуального статуса. В то же время реально экспертиза способности давать показания назначается и проводится не только в отношении потерпевших, но также свидетелей как таковых, подозреваемых и обвиняемых, несмотря на отсутствие четкой законодательной процессуальной регламентации в настоящее время.

Таким образом, ***субъектом*** данного вида комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) выступают потерпевшие, свидетели, обвиняемые и подозреваемые, в отношении которых у судебно-следственных органов возникают сомнения в их способности давать показания по рассматриваемому уголовному делу, вне зависимости от того, являются ли данные лица психически здоровыми, обнаруживают ли различные аномалии психического развития или страдают психическими заболеваниями.

Предметом КСППЭ является способность правильно воспринимать обстоятельства правонарушения и давать о них показания и актуальная возможность ее реализации в конкретный юридически значимый момент.

Соответственно предмету формулируются и экспертные вопросы для специалистов в пределах их компетенции.

К психиатру: *мог ли испытуемый по своему психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может ли давать о них показания?*

К психологу*: учитывая уровень психического развития, индивидуально-психологические особенности и (или) эмоциональное состояние подэкспертного, а также конкретные условия ситуации правонарушения, мог ли он правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может ли давать о них показания?*

Если судебно-следственные органы интересуют какие-либо особые обстоятельства, то это также указывается в вопросах экспертам. Например, не была ли нарушена способность подэкспертного правильно воспринимать события и давать о них показания во время проведения следственных действий, будет ли она сохранна в период судебного разбирательства и др.

В качестве отдельных частных вопросов на разрешение экспертов следствием и судом нередко ставятся вопросы о таких индивидуально-психологических особенностях, как внушаемость

и фантазирование. Эти вопросы задаются в следующей форме:

– Обнаруживаются ли у испытуемого признаки повышенного (или патологического) фантазирования?

– Обнаруживаются ли у испытуемого признаки повышенной (или патологической) внушаемости?

Решая эти вопросы, следует помнить о том, что сами по себе ответы на них могут и не нести важной информации для конкретной ситуации правонарушения. Если у испытуемого обнаруживается склонность к внушаемости и фантазированию и они оказывают влияние на его способность давать показания по рассматриваемому уголовному делу, то даже в тех случаях, когда вопрос об их наличии перед экспертом не стоит, он в своем заключении обязан указать степень их выраженности и возможность влияния на способность давать показания. Если же подэкспертный обнаруживает склонность к внушаемости и (или) фантазированию, но, однако, в исследуемой ситуации данные качества никак не проявляются, то экспертный вывод об их наличии у обследуемого не дает важной информации о возможности или невозможности давать правильные показания по конкретному уголовному делу и может даже приводить к неверным судебным решениям. В таких ситуациях психолог в своем экспертном выводе должен указать не только на наличие установленной им склонности к внушаемости и фантазированию у подэкспертного, но и на отсутствие какого-либо влияния данных качеств на способность давать показания относительно исследуемой криминальной ситуации. Таким образом, вопрос о влиянии на способность давать показания повышенной внушаемости и склонности к фантазированию решается обязательно в сопоставлении со всеми значимыми для рассматриваемого уголовного дела ситуациями.

В экспертной практике до настоящего времени, к сожалению, часто можно встретить и такие формулировки вопросов: *«Как относиться к показаниям такого-то лица?»* или *«Являются ли показания подэкспертного достоверными?».* Такая постановка вопросов подразумевает оценку достоверности показаний, что, как мы уже рассматривали, не является компетенцией эксперта, а есть прерогатива суда. С еще бóльшим сожалением следует констатировать тот факт, что эксперты-психиатры и психологи нередко отвечают на эти вопросы, а если речь идет о психически больном человеке, то зачастую делается вывод о том, что к «показаниям подэкспертного следует относиться как к показаниям психически больного». Прежде всего этот ответ является содержательно неверным, поскольку заранее дискредитирует всех лиц с психическими расстройствами, лишая

их права на свидетельствование, хотя наличие психического заболевания однозначно не предопределяет нарушения способности давать показания. Кроме того, такой ответ и некорректен с юридической точки зрения, поскольку законом для того и предусмотрен данный вид экспертизы, чтобы установить способность и возможность конкретного субъекта давать показания о сугубо конкретной криминальной ситуации, вне зависимости от того, здоров он психически или болен.

С первых этапов проведения КСППЭ способности давать показания психиатр и психолог тесно взаимодействуют между собой, при этом такое взаимодействие, взаимодополняемость полученных данных наиболее значимы, если у подэкспертного обнаруживаются аномалии психического развития или пограничные состояния. Психиатр оценивает психическое состояние исходя из клинических критериев и в соответствии с этим определяет наличие или отсутствие нарушений и степень их выраженности, если таковые имеются. Психолог определяет особенности психического и личностного развития, оперируя психологическими понятиями. После оценки психического состояния и уровня развития перед экспертами встает вопрос об определении потенциальной способности подэкспертного правильно давать показания, который решается ими также совместно. В том случае, если психиатр устанавливает нарушение потенциальной способности давать показания в силу психического состояния подэкспертного, роль психолога практически сводится к вспомогательно-диагностической. Если же потенциальная способность освидетельствуемого лица в целом сохранна, то основные полномочия при оценке меры этой сохранности и актуальной возможности реализации данной способности на различных этапах развития криминальной и посткриминальной ситуаций переходят к эксперту-психологу. Именно психология располагает более адекватными для этого методологическими подходами, понятийным аппаратом и методами, позволяющими целостно описать личность подэкспертного (особенно если таковым является ребенок) в соотнесении с микросоциальной ситуацией, а не только те особенности, которые обусловлены наличием определенных отклонений и аномалий психического развития. Но психиатр не устраняется от решения других аспектов в рамках проведения данного вида экспертизы, даже если речь идет о психически здоровых лицах. Совместно с психологом психиатры могут проводить прогностическую оценку возможности воспроизводить воспринятые события при дальнейшем развитии посткриминальной ситуации, в том числе и в случае

возникновения в ходе судебно-следственных действий у подэкспертного психогенного реактивного состояния, вероятность которого также может прогнозироваться экспертами. При этом учитываются как психологические особенности субъекта, так и тот факт, что повторные допросы и судебное разбирательство могут вызывать более глубокую психическую травму (особенно если речь идет о детях-потерпевших), чем сама ситуация правонарушения, и привести к ухудшению состояния или рецидиву развившегося после криминала реактива, а также формированию стойкого невротического развития личности. Такой прогноз особенно важен в тех случаях, когда ситуация правонарушения не носила для свидетеля или даже потерпевшего психотравмирующего характера (например, развратные действия с ребенком в процессе игры).

Соответственно предмету экспертизы и пределам компетенции, ***целью*** психолога при данном виде экспертного освидетельствования является установление потенциальной способности подэкспертного, с учетом его психического и личностного развития (в том числе и естественного возрастного, если речь идет о детях и подростках), воспринимать обстоятельства правонарушения и давать о них показания и возможности или невозможности реализации этой способности в конкретные моменты, интересующие следствие и суд.

Рассмотрим основные категории и понятия, которыми оперирует психолог-эксперт при проведении данного вида КСППЭ. Базовыми категориями являются «***потенциальная способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания»*** и «***актуальная возможность»*** реализации этой способности на конкретных этапах судебно-следственных действий.

Способности в психологии, например, в «Кратком психологическом словаре», изданном в 1985 г., определяются как «индивидуально-психологические особенности личности, являющиеся условием успешного выполнения той или иной продуктивной деятельности». С.Л. Рубинштейн писал, что всякая способность – это сложное синтетическое образование, включающее в себя ряд данных, без которых человек не способен к какому-то определенному виду деятельности, и свойств, которые вырабатываются только в процессе деятельности, организованной определенным образом. Способность всегда по своей сущности является потенцией и даже в тот момент, когда она не действует, сохраняется за личностью; она всегда выступает в роли некоторой возможности и обнаруживается только в той деятельности, которая без этой способности осуществляться не

может.

По принятому в психологии разделению на общую и специальные способности способность правильно воспринимать события правонарушения и давать о них показания не относится ни к той, ни к другим. По определению М.М. Коченова, она является «комплексным психическим образованием и проявляется применительно к ограниченному кругу явлений или даже единичному случаю восприятия и воспроизведения конкретных фактов в конкретных условиях». Таким образом, при экспертизе способности давать показания речь идет не только об определении потенциальной способности к восприятию и воспроизведению в целом, в том числе и криминальных событий, но и актуальной возможности ее реализации в отдельные заданные следствием и судом моменты – по определению Ю.Л. Метелицы, в «юридически значимых ситуациях».

«Юридически значимые ситуации» – очень важное понятие в данном виде экспертизы. Под такими ситуациями понимаются: ***предкриминальная, криминальная, посткриминальная*** (при этом в последнюю категорию входят события от момента правонарушения до дачи свидетелем первых показаний) и ***судебно-следственная ситуации.*** Способность и возможность давать показания оценивается, как правило, на протяжении криминальной и судебно-следственной ситуаций. В свою очередь, судебно-следственная ситуация не является однородным событием, а подразделяется на ряд этапов: первый, второй и последующие допросы; очные ставки; опознания и другие судебно-следственные действия. Зачастую суд и следствие интересует, сохранна ли способность давать показания подэкспертного на каждом из указанных этапов? Исследование предкриминальной и посткриминальной ситуаций позволяет получить дополнительные сведения о психическом и личностном развитии подэкспертного и условии формирования показаний, что дает возможность делать более объективные и обоснованные экспертные выводы.

Способность давать показания фактически разделяется на две составляющие: способность правильно воспринимать обстоятельства правонарушения и способность их правильно воспроизводить. Восприятие и воспроизведение, являясь по существу деятельностью, регулируются мотивами и целями, предполагают наличие способности к произвольной организации поведения. Вместе с тем они могут являться компонентами какой-либо другой деятельности, осуществляться непроизвольно и непреднамеренно, не контролироваться сознанием специально и не иметь направленности на результат в соответствии с

поставленной задачей. В ситуации правонарушения у обвиняемого, свидетеля-ребенка, а нередко и у потерпевшего восприятие и запоминание носят относительно непосредственный характер или специфически направлены, осуществляются без специально прилагаемых волевых усилий и сознательного применения каких-либо мнемических приемов. Воспроизведение же иногда определяется не собственным целеполаганием, а целью, поставленной извне, которая может расходиться с мотивацией самого подэкспертного.

Рассмотрим конкретнее каждую из составляющих. Как известно, *восприятие* – это не только один из психических процессов, но и особая деятельность по построению образа мира (Леонтьев А.Н.), которая происходит на основе общественно выработанных сенсорных эталонов и нормативных действий. Образ мира, складывающийся постепенно в онтогенезе, задает контекст для любого актуального восприятия и в то же время сам находится в процессе постоянного формирования. Вновь поступающие впечатления должны найти свое место в уже имеющемся образе, уточнить и детализировать его. Восприятие часто носит избирательный характер, на него оказывают влияние прошлый опыт человека, его установки и мотивы, в соответствии с которыми и трактуются воспринимаемые события, и уже в момент восприятия в них могут быть привнесены переживания, испытанные в аналогичных ситуациях, а также создавшиеся стереотипы, шаблоны и установки. Качество восприятия зависит не только от особенностей строения анализатора – наличия или отсутствия сенсорного дефекта, повышенного или пониженного порога чувствительности; на него оказывают влияние возраст, пол, профессия, уровень образования, жизненный опыт человека, увлечения, интересы, индивидуально-психологические свойства и особенности функционирования психических процессов. Например, В. Штерн считал, что восприятию мешают как «невнимательность», так и «сильная концентрация внимания», ограничивающая способность наблюдающего воспринимать ситуацию в целом, и им воспринимаются только те объекты и события, на которых концентрируется внимание, все же остальное игнорируется. Также восприятие зависит от психического и эмоционального состояния лица в момент восприятия. Так, даже у психически здорового человека при временных болезненных расстройствах психики обнаруживаются изменения сознания и восприятия; при физиологическом аффекте также отмечаются специфические изменения сознания с суженностью и фрагментарностью восприятия.

Реальный процесс восприятия – это синтез перцептивных и

мыслительных компонентов. Одним из важнейших свойств восприятия, по мнению А.В. Запорожца, Л.С. Выготского, является его осмысленность, восприятие человека всегда есть понимание. От уровня осмысленности восприятия во многом зависят точность и полнота отражения фактов действительности.

Способность воспроизводить воспринятую информацию в первую очередь зависит от того, что и как было воспринято. Уже при восприятии информации могут возникать различные проблемы, которые сказываются на последующем воспроизведении. Человек практически не в состоянии воспринимать полностью всю информацию, поступающую извне, особенно если эта информация недостаточно четка; в восприятии событий образуются пробелы, которые люди склонны устранять посредством логических рассуждений на основе либо собственного опыта, либо имеющихся стереотипов и шаблонов. А.Н. Бернштейн писал, что чем «более смутно» воспринимается событие, тем больше проявляется «бессознательное стремление» придать ему определенность и законченность. Эта не корригируемая сознанием склонность заполнять пробелы в восприятии образами воображения, на которую указывали также О.Б. Гольдовский, А.Ф. Кони, М.М. Коченов, проявляется и при воспроизведении.

Способность правильно воспроизводить события, полнота и точность отражения фактов действительности зависят также от глубины их осмысленности при восприятии, понимания их сущности: человек достаточно точно способен воспроизвести из воспринятого лишь то, что он сумел осмыслить, причем знакомый осмысленный материал вспоминается намного легче. Как указывала Н.И. Гаврилова, по мере развития сюжета и уяснения криминального характера события восприятие обогащается, становится более полным, логически развернутым, что соответственно и ведет к лучшему запоминанию.

На способность воспроизводить события оказывает влияние сформированность механизмов запоминания, удержания и воспроизведения информации, особенности, связанные с ее переработкой и хранением, уровень развития речи, мышления и другие индивидуально-психологические свойства подэкспертного. При воспроизведении воспоминания соответствуют тому, что содержится в памяти, а это, по утверждению М.М. Коченова, не всегда совпадает с воспринятой информацией. Между восприятием и воспроизведением существуют и промежуточные звенья: структурирование и переработка информации; ее определенное кодирование и соотнесение с существующим образом мира; перевод из кратковременной памяти в

долговременную, при котором информация проходит селективный отбор и перекодирование; последующее ее хранение (Аткинсон Р., Клацки Р.). На переработку поступающей информации оказывают значительное влияние накопленный опыт и знания; новые сведения интерпретируются и организуются в контексте уже существующих представлений.

Воспроизведение сохраненного материала представляет собой также достаточно сложный процесс и заключается в поиске информации в долговременной памяти, ее восстановлении и извлечении.

Таким образом, определение предмета экспертизы, ее субъекта, цели, основных категорий и их содержания позволяет сформулировать ***задачи***, стоящие перед психологом при проведении данного вида КСППЭ.

1. Изучение особенностей познавательной сферы субъекта экспертного освидетельствования: внимания, восприятия, мышления, особенностей процессов переработки и хранения информации, уровня развития речи и исследование мнестических возможностей, при этом обращается особое внимание на те виды памяти, которые использовались при запоминании значимой информации.

2. Определение индивидуальных и возрастных (если в качестве субъекта выступают дети и подростки) особенностей психического развития подэкспертного, выявление степени и глубины выраженности нарушений и отклонений, если они есть, с психологической квалификацией обнаруженного дефекта. В тех случаях, когда данный вид экспертизы проводится в отношении малолетних и несовершеннолетних, то обнаруженные нарушения и отклонения в психическом и личностном развитии соотносятся с естественными особенностями, характерными для ребенка соответствующего возрастного периода.

3. Изучение индивидуально-психологических особенностей, оказывающих влияние на процессы запоминания, переработки, хранения и воспроизведения информации, в том числе и анализ преобладающих у подэкспертного механизмов психологической защиты. Определение наличия повышенной внушаемости и склонности к фантазированию, степени их выраженности и возможного влияния в исследуемой ситуации.

4. Анализ условий восприятия информации о криминальной ситуации, оценка ее содержания, степени объективной и субъективной значимости и сложности для подэкспертного воспринимаемых им событий.

5. Анализ и учет динамики психического и эмоционального состояния субъекта в период восприятия исследуемой ситуации и

на протяжении судебно-следственных действий.

6. Определение значения и роли следов событий (их интерферирующее влияние), происшедших после криминальной ситуации.

Решая эти задачи, эксперт-психолог должен провести экспериментально-психологическое обследование подэкспертного, которое включает в себя и специально направленную беседу о событиях криминальной ситуации; тщательно проанализировать материалы уголовного дела и показания исследуемого. Для получения полной объективной картины о способности подэкспертного давать показания о данном конкретном правонарушении необходимо не только выявление особенностей функционирования психических процессов, установление индивидуально-психологических характеристик свидетеля, могущих оказывать влияние на эту способность, тщательный анализ самих показаний, но и аналитическое исследование ситуации правонарушения, условий формирования показаний и посткриминального развития событий.

Экспертная оценка способности давать показания проводится в двух планах. Психолог должен определить не только сохранность потенциальной способности давать показания и актуальной возможности ее реализации в юридически значимые моменты, но и глубину осмысленности конкретных событий при их восприятии и воспроизведении. Ю.Л. Метелицей при квалификации беспомощного состояния потерпевших были описаны 4 уровня понимания происходящих событий: 1) понимание внешней стороны событий; 2) понимание фактической стороны (внутреннего содержания) совершенных действий; 3) понимание социального значения; 4) понимание личностного смысла юридически значимых событий. Затем это разделение Ю.Л. Метелицей и С.Н. Шишковым было применено к оценке состояния невменяемости и перенесено на способность давать показания. Что касается способности давать показания, то, на наш взгляд, этот перенос не совсем оправдан. При оценке данной способности достаточно разделения на внешнюю (синонимом которой выступает и фактическая, поскольку факт – это какое-либо действие, явление, а не его содержание) и внутреннюю, содержательную сторону событий. В то же время в этом контексте интересна точка зрения Н.И. Гавриловой, предлагающей соотносить качество свидетельских показаний с уровнем правосознания свидетеля. Чем выше этот уровень, тем правильнее и точнее свидетель может оценить криминальную ситуацию и соответственно тем выше будет «уровень понимания» ее как

таковой, а восприятие события будет более точным и адекватным.

Для органов суда и следствия часто бывает достаточно, чтобы подэкспертный был способен осмысленно воспринимать и воспроизводить лишь внешнюю сторону юридически значимых событий. Специальный вопрос о возможности воспринимать их внутреннее содержание, по мнению М.М. Коченова, ставится преимущественно в тех случаях, когда показания дает ребенок и в своем рассказе он излагает такие обстоятельства, которые могут быть поняты только логическим путем.

Таким образом, в систему категорий включаются еще два важнейших понятия: внешняя, фактическая сторона и внутренняя, содержательная, которые М.М. Коченов определял следующим образом. ***Внешней, фактической стороной*** воспринимаемых событий является восприятие их на уровне чувственного отражения, т. е. восприятие предметов, их сочетаний, действий обвиняемого, окружающих и своих собственных, а также их последовательность и др. ***Внутренняя, содержательная сторона*** – это понимание объективного (культурно-социального) значения происходящего события, оценивание его как такового уже в момент происшествия.

Если экспертизой установлено, что подэкспертный воспринимал только внешнюю, фактическую сторону событий, то, как правило, и показания он может давать только о ней. За исключением тех редких случаев, когда в качестве подэкспертного выступает ребенок, у которого за достаточно длительный период прохождения следственных действий и судебного разбирательства происходит естественное созревание и формирование психологических структур и новообразований, позволяющих ему ретроспективно оценить и внутреннюю, содержательную сторону происшедших с ним ранее событий, что соответственно в определенный момент судебно-следственных действий предопределяет его способность давать показания и о ней. Если воспринималась и внутренняя, содержательная сторона событий, то испытуемому доступно и воспроизведение их внутреннего содержания.

Потенциальная способность к правильному восприятию событий зависит от особенностей строения анализаторов, наличия сенсорных дефектов и степени их выраженности; уровня и качества психического и личностного развития (в том числе и возрастного) подэкспертного в соотношении с параметрами конкретной криминальной ситуации: внешними условиями (например, плохая видимость), сложностью событий для их понимания подэкспертным и его состоянием в момент правонарушения (как психическим, так и эмоциональным).

Зависит эта способность также и от наличия у обследуемого достаточного житейского опыта и осведомленности в вопросах, касающихся данной криминальной ситуации.

Сохранность способности правильно воспринимать обстоятельства правонарушения не приводит к однозначному выводу о наличии способности давать показания. Чтобы ответить на вопрос, мог ли подэкспертный правильно воспроизводить воспринятую информацию, помимо вышеизложенного, надо оценить мнестические процессы, особенности мышления, которые влияют на переработку и хранение информации, характеристики эмоционально-волевой и мотивационной сфер, а также речевое развитие. В дальнейшем все выявленные особенности и характеристики соотносятся с конкретной ситуацией правонарушения и каждым из юридически значимых моментов, интересующих следствие и суд.

В отличие от того, что восприятие каждого эпизода происходит однократно, воспроизведение практически всегда многократно. Следовательно, способность давать показания, вернее, возможность ее реализации, оценивается не относительно одного момента, а на протяжении всей судебно-следственной ситуации: непосредственно после случившегося, во время повторных допросов и очных ставок, проведения экспертизы и последующего судебного разбирательства. Эксперт-психолог, как и при исследовании возможности восприятия, проводит ретроспективную и презентальную оценку возможности воспроизводить воспринятые события, но, помимо этого, нередко требуется и экспертный вывод прогностического характера, т. е. о том, будет ли сохранна эта способность в суде. При этом относительно одного и того же подэкспертного могут сосуществовать различные варианты ответов о его возможности воспроизводить воспринятое в разные актуальные юридически значимые моменты. Таким образом, при однозначном выводе о сохранности потенциальной способности давать показания экспертные решения о нарушении или ограничении актуальной возможности реализации этой способности в конкретные определенные юридически значимые моменты могут различаться.

Задача эксперта усложняется еще и тем, что в ходе судебно-следственного разбирательства мотивация подэкспертного может изменяться, что, в свою очередь, будет вести к изменению показаний. Эксперт же должен определить, обусловлена ли смена показаний подэкспертного нарушением его способности правильно воспроизводить воспринятые события или другими причинами, в частности, изменением мотива высказывания, определение которого не входит в компетенцию эксперта.

Таким образом, нарушение потенциальной способности давать показания определяется сенсорными дефектами, грубыми психическими расстройствами с искажениями процесса восприятия, мнестическими нарушениями и отсутствием соответствующих задатков для адекватного функционирования психических процессов и психологических структур, обеспечивающих восприятие, переработку, хранение и воспроизведение информации. При сохранной потенциальной способности актуальная возможность ее реализации во многом зависит от содержания и параметров криминальной, посткриминальной и судебно-следственной ситуаций.

У взрослых психически здоровых лиц, не обнаруживающих временных болезненных расстройств на момент исследуемых ситуаций, как правило, нарушения потенциальной способности и актуальной возможности давать показания отсутствуют. Могут наблюдаться лишь те или иные ограничения актуальной возможности, обусловленные личностными особенностями или выраженным эмоциональным состоянием, как в момент восприятия событий, так и при их воспроизведении. Например, в состоянии аффекта восприятие носит фрагментарный характер, соответственно и показания подэкспертный способен давать об отдельных фрагментах происходящего, а не о криминальном событии в целом.

В отличие от взрослых экспертная оценка даже психически здоровых детей и подростков значительно сложнее. Во-первых, в силу естественных возрастных особенностей и сложности криминальной ситуации такой контингент не всегда способен воспринимать содержательную сторону событий, соответственно и давать показания дети способны зачастую только о внешней, фактической стороне воспринятого. Во-вторых, у детей возможна констатация нарушений или ограничений актуальной возможности давать показания даже о правильно воспринятых событиях. Такие нарушения или ограничения обусловлены как особенностями естественного возрастного психического и личностного развития ребенка (например, несформированность долговременной памяти или волевой регуляции поведения в дошкольном возрастном периоде), наличием специфических личностных характеристик (внушаемость, зависимость от взрослых и др.), так и параметрами криминальной и судебно-следственной ситуаций. Например, наиболее сложными для содержательного понимания являются для детей криминальные действия сексуального характера. Проведенное нами исследование показало, что только с возраста 10–11 лет здоровые дети способны осмысливать внутреннее содержание таких

событий.

Таким образом, можно выделить три фактора, определяющих ограничение способности детей и подростков давать показания, и условно назвать их как возрастной, личностный и ситуационный. Экспертная судебно-психологическая оценка способности детей и подростков правильно воспринимать важные для дела обстоятельства и давать о них правильные показания должна основываться только на комплексном системном учете ограничивающего влияния всех указанных факторов. Наличие такого ограничивающего влияния только одного из них, как правило, не является достаточным основанием для экспертного решения о нарушении способности давать показания по конкретному делу. Также экспертная оценка не должна базироваться на наличии у подэкспертных таких индивидуально-психологических особенностей, как повышенная внушаемость и склонность к фантазированию, которые сами по себе, без учета других факторов, не являются критерием экспертного вывода о нарушении способности давать показания об интересующих судебно-следственные органы событиях.

Что касается лиц с психическими заболеваниями и отклонениями, то экспертная оценка более усложняется, к трем перечисленным факторам добавляется еще один. Для детей и подростков – дизонтогенетический, куда входят те особенности развития ребенка, которые обусловлены наличием психического заболевания или аномалиями психического и (или) личностного развития; для взрослых – к личностному и ситуационным факторам присоединяется психопатологический или патопсихологический (влияние нарушений или отклонений психики, обусловленных наличием психического заболевания, личностной аномалии или пограничных психических расстройств).

Обобщенное заключение КСППЭ содержит в себе оценку потенциальной способности давать показания и актуальной возможности реализации этой способности в конкретные интересующие судебно-следственные органы моменты. Если потенциальная способность не нарушена, то в заключении следует отмечать отсутствие у подэкспертного таких особенностей (психического и личностного развития, естественных возрастных и др.), которые препятствовали бы его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Например: *у подэкспертного не обнаруживается таких нарушений внимания, восприятия, памяти и мышления, а также индивидуально-психологических особенностей, которые лишали бы*

его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания. В момент правонарушения он не находился в каком-либо выраженном эмоциональном состоянии (или он находился в эмоциональном состоянии…, однако оно не являлось выраженным), которое лишало бы его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания.

В отличие от этого оценка актуальной возможности реализации способности давать показания в интересующие судебно-следственные органы моменты дается в позитивной форме: констатируется наличие или отсутствие возможности правильно воспринимать события и воспроизводить их. При нарушении потенциальной способности или актуальной возможности ее реализации в определенные юридически значимые моменты заключение эксперта должно аргументированно указывать, какое именно психическое (психологическое) звено и вследствие чего в этой способности нарушено или в каких актуальных юридически значимых ситуациях подэкспертный не способен правильно воспринимать события и давать о них показания и вследствие чего. Например: *у подэкспертного обнаруживаются нарушения восприятия и мышления в виде… (субъективности, избирательности, искажения и др.), которые лишают (или ограничивают) его способность правильно воспринимать обстоятельства правонарушения и давать о них показания.* Или: *у подэкспертного не обнаруживается таких нарушений восприятия, внимания и мышления, которые лишали бы его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания в момент, максимально приближенный к происшедшему, в то же время выявляющиеся нарушения мнестических процессов лишают его возможности воспроизводить воспринятые события отсроченно.*

В заключении экспертов также могут быть изложены и основанные на специальных познаниях замечания и рекомендации, указывающие на особенности свидетеля, в том числе и естественные возрастные, как потенциально повышающие (например, наличие эйдетической памяти), так и снижающие надежность его показаний о конкретной исследуемой криминальной ситуации. Например, неустойчивость суждений и оценок, несамостоятельность, подверженность влиянию авторитетных лиц; недостаточная сформированность долговременной памяти в дошкольном возрасте или характерные для этого возрастного периода феномены непроизвольного

замещения малопонятных по содержанию событий на знакомые и пр. Замечания и рекомендации экспертов наряду с другими доказательствами по делу могут фигурировать в суде и рассматриваться судом при оценке достоверности показаний, но суд вправе и не использовать их. Совместно экспертом-психологом и экспертом-психиатром, учитывая психическое состояние и индивидуально-психологические особенности свидетеля, могут даваться рекомендации прогностического характера о целесообразности его участия в суде и следственных действиях. Эти рекомендации также не являются обязательными для суда, и он может их игнорировать, если обвиняемой стороной будет заявлено, что отсутствие подэкспертного в суде лишает обвиняемого права на защиту.

Рекомендуемая литература

Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М., 1960.

Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. – М., 1980.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М., 1999.

Леонтьев А.Н. Образ мира // Избранные психологические произведения. – М., 1983. – Т. 2. – С. 251–261.

Мельник В.В., Цыцарев С.В., Яковлев Я.М. Основы судебно-психологической экспертизы по уголовным делам. – Л., 1987.

Метелица Ю.Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. – М., 1990.

Морозова М.В. Психологический аспект экспертизы способности малолетних и несовершеннолетних давать показания по уголовным делам // Психологический журнал, 1997. – Т. 18. – № 4. – С. 57–68.

Н.Б. Морозова,
доктор медицинских наук

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза потерпевших

Экспертиза потерпевших имеет глубокие исторические корни. Условно можно выделить три исторических периода в развитии представлений о судебно-психиатрической оценке психических расстройств потерпевших. Первый период относится к тому времени (последняя четверть XIX в.), когда судебная психиатрия еще не была самостоятельной дисциплиной и развивалась в структуре своей «материнской» науки – судебной медицины, основным объектом которой являлись потерпевшие от преступления. Этот период характеризуется весьма интенсивной разработкой основных аспектов экспертизы потерпевших: «беспомощного состояния» (совершение преступления против лица, находящегося в состоянии «временного или постоянного расстройства» психической деятельности); способности давать показания; «причинения душевной болезни» или «определения расстройства умственных способностей» в результате преступления. Об этом писали Е. Хофман, Р. Крафт-Эбинг, С.С. Корсаков и др. Второй период (первая – третья четверть XX в.) отмечен тем, что после окончательного выделения судебной психиатрии в самостоятельную дисциплину основное внимание исследователей привлекла фигура обвиняемого и разработка проблемы невменяемости, а виктимологические аспекты преступности и вопросы экспертизы потерпевших вызывали гораздо меньше интереса, что и привело к их длительному забвению. Вместе с тем в это время интенсивно развивалось научное направление психологии, направленное на изучение свидетельских показаний, а акцент с анализа психического состояния лиц с психической патологией сместился на психически здоровых свидетелей. Это работы А. Бине, А. Штерна, А.Н. Бернштейна, Я.М. Канторовича и др. В работах В.А. Внукова, А.Е. Брусиловского, Л.С. Юсевича, И.Н. Введенского, А.Н. Бунеева, Я.М. Калашника содержались чрезвычайно важные данные о способности давать показания свидетелей с психическими расстройствами, о проблеме оговоров и самооговоров психически больных. Третий период (с конца 60-х – начала 70-х гг. до настоящего времени) характеризуется все возрастающим вниманием к фигуре потерпевшего и ростом числа научных

публикаций на эту тему. Во многом это связано с появлением виктимологии – молодой и быстро развивающейся области криминологии, основной целью которой является изучение различных аспектов проблемы жертв насилия, а также с принятым в нашей стране в 1961 г. Уголовно-процессуальным кодексом, существенно расширившим права потерпевших. Кроме того, в 60-х гг. был описан синдром жестокого обращения с детьми (Child Abuse and Neglect), доказано существование прямых корреляций между суровостью наказаний и возникновением у детей, подвергшихся насилию, разнообразных психических расстройств с формированием у многих своеобразного «цикла насилия» и становлением «убийц завтрашнего дня». Эти публикации привлекли внимание общественности и ученых многих стран, в том числе и России, к проблеме детей и подростков – потерпевших от физической, психологической жестокости и сексуального насилия, что нашло отражение в новых законодательных актах и Конвенции ООН по правам ребенка. Все это способствовало активизации исследований различных аспектов проблемы жертв преступлений, жестокости и насилия, а также планомерной разработке теоретических и практических вопросов экспертизы потерпевших, которые рассматривались в трудах О.В. Парфентьевой, Б.В. Шостаковича, Ю.Л. Метелицы, Т.П. Печерниковой, М.М. Коченова, Л.П. Конышевой, И.А. Кудрявцева, Н.Б. Морозовой, Т.С. Смирновой, Б.З. Шаиховой, М.В. Морозовой, А.А. Ткаченко, М.А. Догадиной.

Клинические аспекты экспертизы потерпевших

В криминальной системе «жертва – преступник – ситуация» большое значение приобретает поведение потерпевших, которое нередко способствует реализации противоправных действий. Выработка эффективных стратегий поведения для предотвращения сексуального насилия зависит от способности потенциальной жертвы по совокупности «сигнальных» признаков определить угрожающий характер предкриминальной ситуации на более ранних этапах, оценить и прогнозировать ее дальнейшее развитие и в соответствии с этим регулировать свои действия. Причем специфика регуляции поведения в сексуально значимых ситуациях такова, что она требует наличия у потерпевших осведомленности в вопросах половых взаимоотношений, способности понимать характер и значение сексуальных действий. Эта способность появляется и формируется у детей в процессе психосексуального развития. При нормативном

развитии к 14 годам – возрасту окончания малолетства, складываются лишь основные психологические структуры этапа полоролевого поведения, ответственные за понимание характера сексуальных действий. Способность в полной мере понимать их значение формируется позже – на этапе психосексуальных ориентаций и зависит также от интериоризации общественных норм проявления сексуальной активности и развитости морального сознания. Кроме того, на поведение малолетних оказывают влияние такие возрастные особенности, как внушаемость, подчиняемость авторитету взрослого человека, излишняя доверчивость, некритичность, отсутствие антиципации и жизненного опыта в сочетании с игровым характером интересов, любопытством и любознательностью, которые побуждают детей к исследованию неизвестных явлений, в том числе и в области сексуальных отношений. Возрастные особенности психического и психосексуального развития подросткового периода в виде становления платонического, эротического или сексуального либидо, реакций эмансипации, группирования со сверстниками, имитации в сочетании с излишней доверчивостью, недостаточной критичностью, подверженностью механизмам индуцирования со стороны лидеров референтных групп и авторитетных лиц способствуют возникновению ситуаций, в которых возрастает риск стать жертвой сексуального насилия.

Механизмы виктимизации зависят от возрастных и личностных особенностей, а также от характеристики предкриминальной ситуации. В условиях «*бесконфликтного взаимодействия»* у психически здоровых малолетних механизмом виктимизации является нарушение произвольной регуляции поведения вследствие когнитивных особенностей в сочетании с механизмом психического индуцирования на фоне возрастных психологических особенностей (внушаемость, подчиняемость, некритичность, отсутствие жизненного опыта и т. д.). В подростковом возрасте при нормативном психосексуальном развитии механизмы виктимизации обусловлены пубертатными психологическими образованиями и психическим индуцированием со стороны авторитетных лиц на фоне становления либидо с появлением полового влечения или даже юношеской гиперсексуальности. В ситуации *«конфликтно-стрессового взаимодействия»* механизмами виктимизации у психически здоровых несовершеннолетних являются аффективная дезорганизация психической деятельности и нарушение произвольной регуляции поведения с психомоторной заторможенностью или возбуждением и выбором неэффективных

стратегий, а также особенности когнитивно-мотивационного функционирования при субъективной оценке ситуации как безвыходной с сознательным отказом противостоять агрессивно-насильственным действиям. При *«смешанном»* типе предкриминальной ситуации в ходе взаимодействия с потенциальным преступником могут быть задействованы все перечисленные механизмы виктимизации. Безусловно, важное значение имеют и личностные особенности несовершеннолетних, которые определяют выбор механизма и специфику виктимного поведения.

У потерпевших с психическими расстройствами до криминальной ситуации наиболее часто диагностируются органические психические расстройства, умственная отсталость, гораздо реже – личностные расстройства, еще реже – шизофрения и эпилепсия. Таким образом, характерно преобладание патологии пограничного уровня, что отражает распространенность непсихотических форм психической патологии в общей популяции, а среди них – именно резидуально-органических состояний. У потерпевших с психическими расстройствами выделен *«патопсихологический симптомокомплекс виктимности»*, который характеризуется (вследствие взаимодействия возрастного, дизонтогенетического и психопатологического факторов) нарушением способности потерпевших понимать характер и значение сексуальных действий и (или) регулировать свое поведение в соответствии со сложившейся ситуацией возможного сексуального насилия. Удельный вес и степень влияния каждого из них зависят от возраста и выраженности нарушений психического функционирования. При психозах, грубом психическом дефекте с качественным изменением психической деятельности и патологической мотивацией поведения независимо от нозологической формы виктимность и механизмы виктимизации определяются психопатологическими структурами. Самостоятельное значение при этом имеют три типа психических расстройств, которые характеризуются преобладанием: 1) когнитивных нарушений в виде выраженного умственного снижения; 2) эмоционально-волевых расстройств с повышением поведенческой активности при психопатоподобном синдроме в рамках различных нозологических форм или ее снижением на фоне апато-абулических состояний при шизофрении, торпидности и заторможенности при умственной отсталости; 3) нарушений восприятия, мышления и регуляции поведения при психозах. При отсутствии выраженных психических нарушений на первый план выступают дизонтогенетические проявления с ретардацией формирования

базовых психологических структур полоролевой идентичности, незрелостью личностных образований, эмоционально-волевой неустойчивостью, неразвитостью морального сознания и недостаточностью критических и прогностических функций. Возрастной фактор привносит неспецифически возрастную кризовую симптоматику, которая участвует в формировании виктимного поведения и даже определяет его при патологически протекающем пубертатном кризе.

Наиболее частым является *пассивно-подчиняемый* тип поведения, который характеризуется снижением двигательной активности и проявляется в пассивном подчинении и выполнении всех требований посягателя. *Псевдопровоцирующий тип* внешне сходен с провоцирующим поведением взрослых потерпевших без психических расстройств и характеризуется повышением двигательной активности, стремлением к взаимодействию с потенциальным преступником, установлением с ним речевого контакта, кокетством, проявлением интереса сексуального характера вплоть до прямого поощрения сексуальной активности и сексуальной расторможенности, а также совместным употреблением алкогольных напитков и эйфоризирующих средств. *Неустойчивый тип* проявляется в отсутствии четкой линии поведения, крайней изменчивости поступков и высказываний, противоречивости действий, смене периодов пассивно-подчиняемого, псевдопровоцирующего и активно-оборонительного поведения. Все типы способствуют совершению в отношении несовершеннолетних сексуального насилия.

Таким образом, *виктимное поведение* малолетних, несовершеннолетних и взрослых потерпевших с психическими расстройствами является многофакторным феноменом, который (в отличие от провоцирующего поведения у взрослых без психических расстройств) заключается в нарушении произвольной регуляции поведения и реализации неэффективных стратегий в ситуациях возможного сексуального насилия, что способствует превращению жертвы из потенциальной в реальную. Виктимное поведение (в отличие от провоцирующего) не является обстоятельством, смягчающим ответственность обвиняемого.

Психические расстройства, возникающие у потерпевших в результате сексуального насилия

Сексуальное насилие зачастую сочетается с физическим и психическим насилием, угрозами для жизни и поэтому нередко оказывает специфическое психотравмирующее действие и

приводит к возникновению у потерпевших *острых реакций на стресс, посттравматических стрессовых расстройств* и *расстройств адаптации.* Феномен превращения сексуального насилия в специфическую психическую травму, а также структурно-динамические особенности развивающихся у потерпевших психических расстройств зависят от многих факторов: характеристики сексуального посягательства, возрастных и индивидуально-психологических особенностей жертвы, наличия патологической «почвы», специфики криминальных ситуаций, а также дополнительных психогений. Выделено два варианта сексуального насилия: *внесемейный* и *внутрисемейный,* при которых у потерпевших в юридически значимых ситуациях (криминальной, посткриминальной, следственной и судебной) возникают психогенные состояния, различные по клиническому оформлению и механизмам развития. Внутрисемейному насилию чаще подвергаются малолетние со стороны родственников (инцест), соседей или близких знакомых в ситуациях излишнего доверия. В возрасте 14–18 лет количество внутрисемейных форм уменьшается, но увеличивается вероятность стать жертвой изнасилования сверстниками или малознакомыми взрослыми в ситуациях быстротечных знакомств и необоснованного доверия.

При *внесемейном варианте* в большинстве случаев речь идет об однократном эпизоде сексуального насилия в ситуации «конфликтно-стрессового» или «смешанного» взаимодействия, который обладает для потерпевших выраженным психотравмирующим эффектом. Безусловно, возникающие у них в результате сексуального насилия психогенные расстройства отличаются разнообразием и не всегда четко клинически очерчены. Вместе с тем у большинства потерпевших выявляются определенные закономерности, наиболее выраженные в подростковом возрасте, приближающие эти состояния к описанному А. Берджессом, Б.В. Шостаковичем у взрослых женщин «синдрому травмы изнасилования». *Первый этап (аффектогенный*) продолжается в течение всего периода взаимодействия жертвы с преступником и характеризуется развитием острых аффективных реакций с нарастанием эмоционального напряжения, страха, тревоги, растерянности, аффективного сужения сознания с концентрацией внимания на узком круге психотравмирующих переживаний и вазовегетативными проявлениями. Аффективные реакции у одних потерпевших сопровождаются психомоторной заторможенностью по типу «мнимой смерти» вплоть до полной неспособности оказывать сопротивление, у других – двигательным возбуждением

(«моторная буря») с недостаточным учетом ситуации и даже совершением действий, опасных для жизни, которые в ряде случаев можно расценить как «аффективное суицидальное поведение». *Второй этап (адаптационный, эмоционально-когнитивный*) характеризуется внутренней переработкой психотравмирующего события с осмыслением случившегося, переживанием негативных эмоций (тревога, страх, обида, стыд, злость, желание наказать обидчика), что сопровождается психогенным фантазированием, фиксацией на отрицательных переживаниях, приобретающих доминирующее значение. Психотравмирующий эффект особенно выражен у девушек и молодых женщин с высоким уровнем интеллектуального развития, неустойчивой самооценкой, склонных глубоко переживать неудачи вследствие понимания ими сущности сексуального насилия на личностно-социальном уровне. Возрастная личностная незрелость и недостаточность механизмов психологической защиты могут способствовать срыву адаптационного барьера и возникновению кризисных состояний с искажением когнитивных процессов, формированием пессимистической концепции будущего, разрушением идеализированных представлений о жизни, утратой веры в людей, появлением идей самообвинения, ощущений униженности, оскорбленности, безысходности и суицидальных мыслей. Риск аутоагрессивного поведения в таких случаях связан с субъективным восприятием такими потерпевшими сложившейся ситуации как безвыходной и собственными представлениями о невозможности ее изменить. Уже на этом этапе появляются отдельные невротические проявления, такие как нарушения сна с кошмарными сновидениями, навязчивые воспоминания о случившемся, страхи, а также выраженные колебания настроения с плаксивостью, нередко – раздражительной слабостью. Важным обстоятельством, которое ухудшает состояние потерпевших, является необходимость сообщить о сексуальном насилии родным и сотрудникам милиции. *Третий этап (невротический*) по времени совпадает с производством судебно-следственных мероприятий, которые привносят дополнительные психотравмирующие факторы (допросы, очные ставки, медицинские экспертизы, нетактичное поведение окружающих, угрозы со стороны обвиняемых и их друзей и т. д.). Все это нередко становится для потерпевших более травматичным, чем само насилие. При этом у одних потерпевших развиваются депрессивные состояния различной глубины и продолжительности; у других – происходит декомпенсация психического состояния или имевшейся ранее психической

патологии с заострением характерологических особенностей и появлением неврозоподобных расстройств; у третьих – может манифестировать или обостриться хроническое психическое заболевание. Затяжные депрессивные состояния продолжительностью от 2 до 5 месяцев обычно наблюдаются в подростково-юношеском возрасте при наличии у потерпевших патологической «почвы» (явления минимальной мозговой дисфункции, личностных расстройств тормозимого и истероидного круга), а также у гармоничных личностей с чертам и возрастной личностной незрелости, идеализированными представлениями о жизни и высокоморальными установками. Депрессивный аффект внешне проявляется не всегда, типичными являются снижение работоспособности, повышенная истощаемость, несвойственные ранее возбудимость, ранимость, плаксивость в сочетании с отгороженностью, замкнутостью, нарушения сна, сверхценные переживания, разнообразные фобии, депрессивные идеи отношения и чувство вины («сама виновата – не могла за себя постоять», «не надо было туда ходить», «все знают и осуждают» и т. д.). Настроение обычно значительно снижается при дополнительных психогениях, зачастую не связанных с основной. При этом могут появляться суицидальные мысли и даже попытки, которые следует расценить как «истинные», поскольку их мотивация носит депрессивный (психопатологический) характер. У лиц с органической неполноценностью головного мозга депрессивные расстройства носят дисфорическую окраску и сочетаются с усилением церебрастенических и психопатоподобных проявлений. Суицидальный риск у них, а также у преморбидно акцентуированных личностей возникает на фоне декомпенсации психического состояния в период следствия и суда. Ведущая роль в реализации аутоагрессивных тенденций принадлежит патохарактерологическим особенностям с личностной мотивацией поведения. Для профилактики депрессивных состояний и аутоагрессивных действий большое значение имеют деликатный подход окружающих с оказанием потерпевшим моральной поддержки, своевременность и эффективность психокоррекционных мероприятий, направленных на устранение когнитивных искажений, повышение самооценки и выработку конструктивных форм копинг-поведения, а также и применение адекватной медикаментозной терапии.

Возрастные особенности психогенных состояний у малолетних потерпевших во многом зависят от характеристики сексуального насилия. При «*бесконфликтном взаимодействии*» и однократном совершении в отношении них развратных действий, особенно

знакомыми людьми, очерченных психогенных состояний не развивается вообще. Данный факт объясняется отсутствием психотравмирующего эффекта сексуальных действий вследствие несформированности у маленьких детей базовых психологических структур полоролевого этапа психосексуального развития. При неагрессивном поведении посягателя действия сексуального характера воспринимаются детьми «как игра» или же как неприятное, но не опасное для жизни событие. По мере взросления и приближения к пубертатному периоду растет осведомленность в вопросах половых отношений, сексуальные действия приобретают характер специфической сексуальной травмы. Поэтому в возрасте 10–12 лет уже наблюдаются очерченные психогенные расстройства, особенно выраженные при инцесте. В ситуации «*конфликтно-стрессового*» взаимодействия, при грубом и агрессивном поведении посягателя с последующим изнасилованием у малолетних детей развиваются острые аффективные реакции по типу шоковых или субшоковых, в некоторых случаях с помрачением сознания, дезориентировкой в окружающем, психомоторной заторможенностью, отсутствием речевого контакта и последующей амнезией криминального периода. В дальнейшем у них появляются невротические расстройства (энурез, логоневроз, страхи), атипичные депрессии, внешне проявляющиеся в нарушениях поведения, капризности, плаксивости, утрате игровых интересов, а также психосоматические и тревожно-фобические нарушения.

Сложность и своеобразие психогенных расстройств при длительном *внутрисемейном сексуальном насилии – инцесте* заключаются в том, что они развиваются не после однократных массивных психических травм, а в результате пролонгированного действия своеобразной сексуальной травмы, нередко сочетающейся с другими формами жестокого и небрежного отношения со стороны кровных или некровных родственников. Механизмы действия сексуальной травмы в этих случаях зависят от ее особенностей – массивности (частота и тяжесть сексуальных действий), преобладания острого, неспецифического, шокового или хронического, неагрессивного травматизирования, которое приобретает характер «жизненной ситуации» и сочетается с имитацией ребенком поведения посягателя. При длительном инцесте, начавшемся в раннем возрасте, у потерпевших возникают характерные психические расстройства с определенной динамикой, которые укладываются в рамки своеобразных психогенных и патохарактерологических развитий личности. В их основе лежит дистресс, перерастающий в депрессию с аффективным истощением, которая сопровождается

формированием личностных и психосексуальных расстройств. Нередко наличествуют выраженные психопатоподобные расстройства, которые сопровождаются психосексуальным дизонтогенезом в виде опережения и извращения становления сексуальности вплоть до формирования садомазохистских тенденций с гомосексуальной ориентацией у мальчиков. Для таких детей характерны сексуализированное поведение и игры, в которые они вовлекают других малолетних. Подобное поведение является примером вторичной виктимизации и способствует совершению по отношению к ним повторных посягательств уже другими лицами.

Кроме психогенных расстройств, сексуальное насилие, сопровождающееся нанесением жертве телесных повреждений, может приводить к *травматическим повреждениям головного мозга – черепно-мозговым травмам (ЧМТ)*, которые имеют большое судебно-психиатрическое и юридическое значение, поскольку при них у потерпевших нередко наблюдаются различной глубины нарушения сознания и последующая амнезия событий криминального периода. В таких случаях перед экспертами ставится сложный комплекс вопросов по определению их юридически значимых способностей и тяжести «вреда здоровью».

Методологические аспекты комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы

Предметы и специфика судебно-психиатрической (СПЭ) и комплексной судебной психолого-психиатрической (КСППЭ) экспертиз потерпевших заданы в статьях УК РФ, УПК РФ и в подзаконных актах. Согласно ч. 1 ст. 42 УПК РФ, потерпевшим является физическое лицо, которому преступлением причинен физический, имущественный, моральный вред, а также юридическое лицо в случае причинения преступлением вреда его имуществу и деловой репутации. Практика ведения уголовного процесса показывает, что роль потерпевших в ходе расследования преступлений чрезвычайно велика. В соответствии с современным законодательством они наделяются определенными процессуальными функциями – правами и обязанностями. Потерпевшие обладают гораздо большими правами, чем свидетели: они вправе активно отстаивать свои интересы, знакомиться с протоколами следственных действий, со всеми материалами уголовного дела, получать копии, заявлять отводы, ходатайства, выступать в прениях, выражать свое отношение к

результатам следствия, задавать вопросы обвиняемым (а также реализовывать многие другие права в соответствии с ч.ч. 2, 3, 4 ст. 42 УПК РФ) и тем самым могут активно влиять на процесс расследования. Наряду с правами у потерпевших, как и у свидетелей, имеются обязанности: они не вправе уклоняться от явки по вызову дознавателя, следователя, прокурора и в суд (в случае неявки без уважительной причины они могут быть подвергнуты приводу), разглашать данные предварительного следствия. Кроме того, есть важная процессуальная функция, общая для потерпевших и свидетелей, – это право и обязанность давать правдивые показания, которые становятся доказательствами по делу и имеют большое значение в установлении истины. При этом закон исходит из презумпции способности потерпевших реализовывать свои процессуальные функции в ходе предварительного и судебного следствия. Вместе с тем эта способность может быть нарушена по разным причинам, особенно у малолетних детей, подростков и взрослых лиц с психическими расстройствами. Поэтому для определения сохранности юридически значимых способностей возникает необходимость в проведении судебных экспертиз с привлечением специалистов (психиатров и психологов), вид которых законодательно не оговаривается. В экспертной практике в отношении конкретного потерпевшего работниками судебно-следственных органов обычно формулируется комплекс вопросов, решение которых невозможно без четко разработанной методологии, определения предмета и методов исследования. Методология судебно-психиатрических экспертиз потерпевших наиболее полно разработана Ю.Л. Метелицей, которым предложена предметно-содержательная классификация их видов:

1. Экспертиза по определению психических расстройств, обусловливающих «беспомощное состояние».
2. Экспертиза по определению психических расстройств, нарушающих способность давать правильные показания.
3. Экспертиза по определению психических расстройств, нарушающих уголовно-процессуальную дееспособность.
4. Экспертиза по определению степени тяжести телесных повреждений, повлекших психические расстройства (определение «вреда здоровью от повреждений, повлекших психические расстройства»).

Каждый из этих видов характеризуется собственной проблематикой, предметом исследования, задачами, но все они объединены процессуальной фигурой потерпевшего, которая является системообразующей. Поэтому в отношении каждого потерпевшего независимо от категории уголовного дела может

быть назначен любой из видов СПЭ и одновременно в отношении конкретного потерпевшего могут быть сформулированы разные вопросы.

Важным методологическим принципом является то, что объект исследования (психическое состояние потерпевшего) и предмет каждого вида экспертиз необходимо соотнести с юридически значимыми ситуациями, в которых оказывается лицо, являющееся жертвой преступления: предкриминальная, криминальная, посткриминальная, следственная, судебная, постсудебная. При этом, в зависимости от рассматриваемой ситуации, психическое расстройство или возрастные особенности потерпевшего приобретают самостоятельное юридическое значение, определяют вид экспертизы и круг решаемых в ней вопросов, что отражено в таблице.

В научных исследованиях последних десятилетий убедительно доказано, что априори судить о психическом здоровье человека невозможно, а установление этого факта относится к компетенции психиатра. Существует широкая область пограничных психических расстройств, в отношении которых возникает необходимость установить соотношение нарушенных и сохранных сторон психики у взрослых потерпевших с психическими расстройствами, определить характер взаимного влияния стрессового и психопатологического факторов на юридически значимые способности и конкретную меру их проявления как в криминальной ситуации, так и в ходе судебно-следственного процесса. В детском и подростковом возрастах даже при наличии психических расстройств очень важно оценить уровень психического развития, а также личностные особенности ребенка, выявить и определить формы дизонтогенеза. Все эти вопросы носят междисциплинарный характер и не могут быть решены в рамках изолированных, базовых экспертиз. Именно поэтому при освидетельствовании потерпевших, особенно малолетних и несовершеннолетних, происходит комплексирование знаний смежных дисциплин (психиатрии и психологии) в виде КСППЭ.

Таблица

Соотношение видов КСППЭ и юридически значимых ситуаций

Вид экспертиз	1	2	3	4	5	6
Беспомощное состояние	–	+	–	–	–	–
Способность давать показания	+	+	+	+	+	–
Уголовно-процессуальная дееспособность	–	–	–	+	+	–
Вред здоровью от повреждений, повлекших психические расстройства	–	+	+	+	+	+

Примечания: 1 – предкриминальная ситуация
2 – криминальная ситуация
3 – посткриминальная ситуация
4 – следственная ситуация
5 – судебная ситуация
6 – постсудебная ситуация

КСППЭ производится на основании постановления следователя или определения суда, в которых должны быть изложены фабула дела, основные сведения о лице, которому назначена экспертиза, мотивы ее назначения, сформулированы вопросы к экспертам. На разрешение КСППЭ потерпевших можно поставить следующие вопросы:

1. *Страдала ли потерпевшая (потерпевший) каким-либо психическим расстройством до совершения в отношении нее (него) противоправных действий?*

2. *Не находилась ли она (он) в криминальный период в состоянии болезненного расстройства психической деятельности (какого именно) или выраженного эмоционального напряжения?*

3. *Имеется ли у нее (у него) в настоящее время какое-либо психическое расстройство, какое именно?*

4. *Учитывая уровень психического развития, возрастные и индивидуально-психологические особенности, могла ли она (он) понимать характер и значение совершаемых в отношении нее (него) действий или оказывать сопротивление в криминальной ситуации?*

5. *Могла ли она (он) по своему психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может ли давать показания?*

6. *Может ли она (он) по своему психическому состоянию участвовать в следственном процессе и судебных заседаниях?*

7. *Имеются ли у нее (него) какие-либо психические расстройства, которые можно расценить как «вред здоровью»? Какова тяжесть «вреда здоровью»?*

Кроме перечисленных, правомерными являются любые вопросы, касающиеся оценки особенностей психического

состояния (например, состояния опьянения), таких возрастных, личностных черт, как внушаемость, подчиняемость, склонность к фантазированию и т. д. Особенностью освидетельствования жертв сексуального насилия являются необходимость определения этапа психосексуального развития и сформированности базовых психологических структур, ответственных за понимание потерпевшими характера и значения сексуальных действий (особенно в препубертатном и подростковом возрастах), а также выявление сексуальных расстройств, что требует использования сексологического метода и привлечения врача-сексолога в качестве полноправного члена комиссии и дальнейшего комплексирования знаний. Возможность проведения комплексных судебных сексолого-психолого-психиатрических экспертиз (КССППЭ) определяется общностью объекта и частичным совпадением предмета исследования, а также использованием взаимосвязанных и взаимодополняющих методов (клинический, экспериментально-психологический, сексологический).

КСППЭ потерпевших базируется на общих принципах экспертной оценки психических расстройств и возрастных особенностей, которые используются в КСППЭ обвиняемых. Принцип единства медицинского и юридического критериев полностью выдерживается при наличии у них психических расстройств. При этом медицинский критерий отражает имеющуюся психическую патологию, а психологический является его мерой и содержит юридически значимый ответ об актуальном состоянии и мере достаточности рассматриваемых психических способностей. Необходимо подчеркнуть, что конечной целью освидетельствования является не диагностика психического расстройства или индивидуально-психологических особенностей, а выявление таких их качеств, которые влияют на психологический критерий и, таким образом, имеют юридическое значение. При этом сущность экспертной оценки заключается в переводе данных психопатологического анализа в психологические понятия. Раскрытие содержательной стороны интеллектуального компонента юридического критерия, основанное на теории понимания, предложена Ю.Л. Метелицей. Для оценки имеющихся у них психических расстройств автор выделяет четыре уровня понимания потерпевшими характера и значения совершаемых с ними действий: 1) понимание внешней стороны юридически значимых событий; 2) понимание фактической стороны (или внутреннего содержания); 3) понимание их социального значения; 4) понимание социального значения юридически значимых событий на уровне личностного смысла. Между выделенными уровнями понимания имеется

иерархия, значимая для экспертной оценки психических расстройств потерпевших: нарушение на каждом из низших уровней одновременно препятствует способности понимания на более высоких уровнях, а сохранность на высших уровнях обеспечивается способностью к пониманию юридически значимых событий на низших уровнях.

Рис. 1. Алгоритм системы экспертных оценок

При констатации экспертом-психиатром психического здоровья потерпевшего медицинский критерий утрачивает свое значение, а юридический приобретает основное значение. Исходя из этого положения определяются границы компетенции участвующих в экспертизе специалистов и алгоритм самого исследования. КСППЭ и КССППЭ состоят из трех этапов. На первом этапе психиатр-эксперт с помощью клинического метода исследования выявляет психические расстройства, производит их синдромальную и нозологическую квалификацию, оценивает психическое состояние подэкспертного в различных юридически значимых ситуациях с учетом результатов экспериментально-психологического и сексологического исследований о сформированности потенциальных способностей, имеющих юридическое значение. На втором этапе КСППЭ обсуждаются полученные данные, в случае необходимости применяются дополнительные методики и параклинические методы, привлекаются специалисты-консультанты (невропатолог, эндокринолог, терапевт). На третьем этапе происходит интегративный анализ основных и дополнительных результатов,

устанавливается «функциональный» диагноз, определяется характер взаимного влияния психопатологического и других факторов, выявляются те качества психической патологии, возрастные и личностные особенности, которые имеют значение для решения экспертных вопросов об актуальной возможности реализации потенциальных способностей в юридически значимых ситуациях. У лиц с психическими расстройствами заключение выносится совместно психиатром, психологом и сексологом; у психически здоровых и при наличии у несовершеннолетних лишь нерезко выраженных проявлений дизонтогенеза решение экспертных вопросов относится к компетенции эксперта-психолога (и сексолога – при выявлении сексуальных расстройств и нарушений психосексуального развития). Основные принципы системы экспертных оценок экспертизы потерпевших (см. рис. 1) следующие:

1. Комплексность решения экспертных вопросов с учетом всех факторов – возрастного (уровень психического развития, внушаемость, подчиняемость, склонность к фантазированию, развитость долговременной памяти, абстрактного мышления, осведомленность в вопросах половых отношений, сформированность критических и прогностических способностей), дизонтогенетического (ретардация или опережение психического и психосексуального развития), психопатологического (степень выраженности психических нарушений, качественное изменение психического функционирования с патологической мотивацией поведения), личностного и ситуационного (психотравмирующее влияние насилия).

2. Динамичность подхода к решению экспертных вопросов с ретроспективной, презентальной (в период обследования) и прогностической оценкой способностей потерпевших выполнять те или иные юридически значимые функции.

3. Последовательность анализа потенциальных способностей (которые исследуются экспертами в ходе освидетельствования) и актуальных возможностей их реализации в различных юридически значимых ситуациях, а также установление конкретных вариантов их ограничений или нарушений.

4. Одновременность изучения двух основных юридически значимых категорий – способности понимать характер и значение сексуальных действий преступника и способности воспринимать обстоятельства дела и давать показания, поскольку существует их тесная взаимосвязь и взаимообусловленность.

КСППЭ способности потерпевших понимать характер и

значение совершаемых с ними действий или оказывать сопротивление

Одним из важнейших юридических понятий, которое рассматривается правоохранительной системой не только как признак состава преступления (ст. ст. 105, 111, 112, 117, 131, 132 УК РФ), но и как обстоятельство, отягчающее ответственность (п. 3 ст. 63 УК РФ), является ***«беспомощное состояние»*** жертвы преступления. Его критериями в соответствии с Постановлением Пленума Верховного Суда РФ № 4 от 22 апреля 1992 г. «О судебной практике по делам об изнасилованиях» являются неспособность потерпевших в силу физического или психического состояния (физические недостатки, малолетний возраст, расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние) понимать характер и значение совершаемых с ними действий или оказывать сопротивление. Под изнасилованием малолетней следует понимать изнасилование девочки, не достигшей 14-летнего возраста, а под изнасилованием несовершеннолетней – не достигшей 18 лет. Изнасилование – это половое сношение, в результате которого может наступить беременность. Другие действия сексуального характера в отношении лиц женского пола, а также в отношении мужчин (мальчиков) подпадают под действие ст. ст. 132 УК РФ (насильственные действия сексуального характера), 133 УК РФ (понуждение к действиям сексуального характера), 134 УК РФ (половое сношение или иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 14-летнего возраста), 135 УК РФ (развратные действия), 151 (вовлечение несовершеннолетнего в совершение антиобщественных действий, в том числе в проституцию). В Комментариях к УК РФ имеются разъяснения, в которых развратные действия трактуются как совершение действий сексуального характера, направленных на возбуждение половой страсти у потерпевших, выражающихся в физических действиях (непристойные прикосновения и т. д.), а также в воздействии на интеллект (циничные разговоры, показ порнографии и др.). Насильственные действия сексуального характера определены как мужеложство, лесбиянство или иные действия сексуального характера с применением насилия либо с использованием «беспомощного состояния».

Констатация «беспомощного состояния» относится к компетенции суда. Предметом КСППЭ является, по мнению И.А. Кудрявцева, выявление таких «качеств психических расстройств и сопутствующих психологических особенностей и обстоятельств (возрастных, личностных, эмоциональных и др.), совокупный

дезрегулятивный эффект которых определяет невозможность жертвы преступления понимать характер и значение совершаемых с ней действий или оказывать сопротивление». К предмету КСППЭ не относится установление физической беспомощности, возникающей в результате физических недостатков или соматического заболевания, для определения которых нужны специальные познания и проведение судебно-медицинской экспертизы. М.М. Коченов предложил следующие показатели способности потерпевших понимать характер и значение совершаемых с ними действий: осознание угрожающего характера ситуации на ранних этапах ее развития; поведение, адекватное по основным признакам требованиям ситуации; правильное понимание нравственно-этической стороны происходящего; способность в дальнейшем рационализировать случившееся и свое собственное поведение. К показателям возможности оказывать сопротивление автор относит сохранность целенаправленности поведения, устойчивость к внешним воздействиям, отсутствие психического состояния типа физиологического аффекта, способного оказывать астенизирующее и тормозящее влияние на психику. Л.П. Конышева причинами снижения этих способностей считает непонимание потерпевшими содержания ситуации, оценку ими ситуации как безвыходной, выбор неверной тактики противодействия. По И.А. Кудрявцеву, понимание «характера» действий – это прежде всего отражение их содержательной стороны, основанное на информированности в сексуальных вопросах: функциональных особенностях разных полов, физиологии зачатия, деторождения, половых отношений, принятых нормах их проявлений. Понимание «значения» действий охватывает смысловой аспект по трем направлениям: со стороны осознания своих целей и мотивов к мотивам и целям преступника в криминальной ситуации; оценка последствий, а также соотношение этих действий с морально-нравственными и правовыми нормами. По мнению Ф.С. Сафуанова, сохранность способности потерпевших понимать сексуальную направленность и социальное значение совершаемых с ними насильственных действий зависит от многих психологических факторов, взаимодействующих с особенностями криминальной ситуации, ведущими из которых являются: уровень психического развития и его важная составляющая – специфические знания в области половых отношений, уровень сексуального сознания и самосознания потерпевшего; эмоциональное состояние потерпевшего в криминальной ситуации (аффект страха с частичным сужением сознания и дезорганизацией волевой

регуляции поведения), что снижает возможность осознания происходящего, понимания смысла собственных поступков и поведения преступника.

Рис. 2. Соотношение этапов психосексуального развития детей и способности понимать характер и значение сексуальных действий

Исследования в области возрастной сексологии показывают, что потенциальная способность потерпевших *понимать характер и значение* сексуальных действий формируется у детей в процессе онтогенеза в ходе развития полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций в структуре сознания, самосознания и образа Я и зависит от сформированности базовых психологических структур, ответственных за их понимание (полоролевой идентичности), и, следовательно, от этапа психосексуального развития, а также от степени выраженности психических расстройств вне зависимости от их нозологической принадлежности. Это отражено на рис. 2.

В работах М.А. Догадиной, А.А. Ткаченко показано, что при нормативном психосексуальном развитии эта способность формируется в полном объеме на этапе психосексуальных ориентаций (14–18 лет). Ее возрастные ограничения наблюдаются у детей на более ранних этапах: ее полная несформированность соответствует этапу полового самосознания (до 6–7 лет); понимание «характера» при недостаточном понимании «значения» (или полное непонимание «значения») сексуальных действий характерно для этапа полоролевого поведения. Смысловые ограничения могут наблюдаться и на этапе психосексуальных ориентаций при недостаточном развитии морального сознания или усвоении искаженных нравственно-этических представлений о социально приемлемых способах и времени начала сексуальной активности. У несовершеннолетних

с психическими расстройствами потенциальная способность понимать «характер и значение» сексуальных действий обусловлена взаимодействием трех факторов: возрастного (несформированность базовых психологических структур этапа психосексуальных ориентаций), дизонтогенетического (нарушение возрастных закономерностей становления сексуальности в виде ретардации или асинхроний) и психопатологического (выраженность общего психического дефекта). Она несформирована или нарушена независимо от возраста у потерпевших при выраженном интеллектуальном недоразвитии и эмоционально-волевых расстройствах с качественным нарушением процессов восприятия и осознания информации, клинически оформленном психопатоподобном синдроме, патологической внушаемостью и фантазированием. У потерпевших с нерезко выраженным общим психическим дефектом ведущая роль в формировании психических структур, ответственных за понимание «характера и значения» сексуальных действий, принадлежит дизонтогенетическому фактору (ретардация психического и психосексуального развития, личностная незрелость с эмоционально-волевыми нарушениями и др.).

Актуальная возможность реализации потенциальной способности несовершеннолетних потерпевших понимать «характер и значение» совершаемых с ними действий зависит от ситуационного фактора. Выделено три типа ее ограничений или утраты: *психогенный* (в результате психотравмирующего воздействия сексуального насилия и возникновения острых аффективно-шоковых или субшоковых реакций с аффектом страха и психогенной дезорганизацией мышления); *травматический* (при получении черепно-мозговой травмы с нарушением сознания); *интоксикационный* (вследствие состояния выраженного алкогольного опьянения и интоксикации при приеме различных психоактивных средств).

Волевой компонент *(способность оказывать сопротивление*) зависит, с одной стороны, от сохранности интеллектуального компонента, с другой – от способности к целенаправленному, последовательному, адекватному поведению в ситуации выбора. В экстремальных ситуациях способность к осознанно-волевому поведению может утрачиваться из-за несоответствия индивидуально-психологических особенностей жертвы тем особым требованиям, которые предъявляет ситуация сексуального насилия, тем более когда оно сопровождается принуждением или угрозами жизни. Кроме того, волевой критерий «беспомощного состояния» наблюдается при

эмоционально-волевых расстройствах гиподинамического и гипердинамического типа с неадекватным повышением двигательной активности в рамках различных психопатологических состояний, у дисгармоничных личностей, склонных к психогенной дезорганизации в стрессовых ситуациях, при субъективной оценке потерпевшими ситуации как безвыходной, а также иногда и при легких степенях алкогольного опьянения, протекающего без нарушений сознания, но сопровождающегося выраженным миорелаксирующим эффектом.

При определении критериев «беспомощного состояния» у взрослых потерпевших с психическими расстройствами психопатологический фактор приобретает решающее значение. Вместе с тем этот факт не снижает ценности КСППЭ, а только, по мнению И.А. Кудрявцева, «смещает акцент» на экспертную оценку психической патологии. При этом диагноз не предопределяет экспертную оценку, которая производится с учетом описанных выше принципов и уровня поражения психики: психоз – расстройства невротического регистра, слабоумие – легкое интеллектуальное снижение, эмоциональная неустойчивость – грубый психопатоподобный синдром с эмоционально-волевыми нарушениями и расторможенностью влечений и т. д. У больных с психозами, слабоумием, независимо от нозологической формы, обычно выявляется нарушение понимания на любом из выделенных уровней, что влечет констатацию интеллектуального компонента юридического критерия «беспомощного состояния». У больных с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями и с повышением или снижением поведенческой активности обнаруживается неспособность к произвольной регуляции поведения, что свидетельствует о наличии волевого компонента. Противоположный вывод – об отсутствии юридического критерия «беспомощного состояния» правомерен при психических расстройствах невротического уровня и отсутствии выраженной негативной симптоматики, а также при высококачественных ремиссиях при шизофрении. При пограничных психических расстройствах у взрослых потерпевших некоторые психопатологические структуры (например, интеллектуальная недостаточность с повышенной внушаемостью, подчиняемостью, торпидностью, реакции растерянности при легкой умственной отсталости) могут обусловливать нарушение актуальной возможности реализации потенциальной способности понимать «характер и значение» сексуальных действий в ситуации давления и в стрессовых, угрожающих жизни, обстоятельствах.

Особые сложности могут возникать при освидетельствовании потерпевших, находившихся в криминальной ситуации в

состоянии алкогольного или медикаментозного опьянения. Согласно Постановлению Пленума Верховного Суда РФ «О судебной практике по делам об изнасилованиях» № 4 от 22 апреля 1992 г., суды должны исходить из положения, что не имеет значения, каким образом у потерпевшей возникло состояние алкогольного опьянения (привел ли ее обвиняемый в такое состояние, напоил или она уже находилась в состоянии опьянения независимо от его действий). Состояние потерпевшей может быть признано «беспомощным» при такой степени опьянения, которая лишает ее возможности оказывать сопротивление виновному. По мнению Б.В. Шостаковича, случаи, когда алкогольное опьянение сопровождается значительными нарушениями психической деятельности, приводящими к констатации «беспомощного состояния», относительно редки и довольно однотипны по клиническим проявлениям: речь идет о тяжелом опьянении у девушек, непривычных к употреблению алкогольных напитков. У них наблюдается выраженная алкогольная интоксикация с помрачением сознания до степени глубокой оглушенности, возникает резкая общая слабость с заторможенностью, постепенно приобретающая характер обездвиженности; отмечаются проявления интоксикации – тошнота, рвота, головокружение, непроизвольное мочеиспускание. В момент изнасилования у них отсутствуют признаки, свидетельствующие о том, что они воспринимают обстоятельства происходящего, попытки защитить себя, оказать сопротивление. Состояние характеризуется полной пассивностью и безучастностью, переходящей в наркотический сон с последующей амнезией криминального периода. В последующем, после восстановления ясности сознания, потерпевшие не могут вспомнить происшедших событий, о случившемся догадываются по повреждениям и болевым ощущениям в половых органах, беспорядку в одежде и другим признакам. Все это свидетельствует о нарушении восприятия юридически значимых обстоятельств и актуальной способности понимать характер и значение сексуального насилия, а также оказывать сопротивление. Несколько другая картина наблюдается у потерпевших в состоянии легкого или умеренно выраженного алкогольного опьянения. Признаков глубокого помрачения сознания после употребления ими алкогольных напитков у них не возникает, а имеет место легкое оглушение, которое не лишает их способности в целом воспринимать окружающую действительность (место, время, находящихся рядом людей, последовательность их действий и т. д.). Вместе с тем состояние алкогольного опьянения влияет на критические и

прогностические функции потерпевших, на их способность своевременно и правильно оценить «сигнальные» моменты в поведении обвиняемых и возможные варианты развития ситуации, т. е. способствует виктимному поведению потерпевших. Кроме того, несмотря на сохранность интеллектуального, у некоторых потерпевших наблюдается ограничение волевого компонента в результате миорелаксирующего действия алкоголя, что приводит к снижению способности оказывать сопротивление.

Процессуальная дееспособность

В задачи КСППЭ нередко входит определение возможности потерпевших участвовать в судебно-следственном процессе. Существуют два аспекта их участия в судебно-следственном процессе. Один из них связан с необходимостью реализовывать права и обязанности потерпевших, другой аспект заключается в этико-деонтологических факторах и важности охраны прав жертв насилия (особенно сексуального характера), их психического здоровья и профилактики психотравмирующих воздействий различных процедур, которым они подвергаются в процессе следствия (допросы, очные ставки, экспертизы и т. д.). По мнению Ф.В. Кондратьева и Б.В. Шостаковича, потерпевшие, особенно малолетние и несовершеннолетние, нуждаются в максимальной защите. Для реализации своих процессуальных функций потерпевший должен быть способным самостоятельно осуществлять предоставленные ему процессуальные права и возложенные на него обязанности, т. е. обладать так называемой уголовно-процессуальной дееспособностью. Эта способность может быть нарушена вследствие психических расстройств у взрослых и возрастных особенностей у малолетних потерпевших. Понимание уголовно-процессуальной дееспособности строится по аналогии с понятиями вменяемости и гражданской дееспособности, а следовательно, на единстве формулы, содержащей медицинский и юридический критерии. Медицинский критерий включает все известные формы психической патологии психотического или невротического уровня как при хроническом, так и при временном характере заболеваний или состояний. Юридический критерий до настоящего времени окончательно не сформулирован. Ю.Л. Метелица предлагает следующий вариант: «способность правильно понимать характер и значение правонарушения и своего процессуального положения и самостоятельно осуществлять свои процессуальные права». Однако окончательная

формулировка пока не принята законодательными органами. Содержательная трактовка интеллектуального критерия может быть осуществлена на основе уровней понимания. Для заключения об отсутствии интеллектуального компонента уголовно-процессуальной недееспособности необходимо установить сохранность понимания на высшем, четвертом уровне. Возрастной аспект закреплен в ст. 280 УПК РФ, в соответствии с которой при допросе потерпевших и свидетелей в возрасте до 14 лет обязательно участвуют педагог и законный представитель, а по усмотрению суда и в возрасте от 14 до 18 лет участвует педагог. Допрос несовершеннолетних, имеющих физические или психические недостатки, проводится во всех случаях в присутствии педагога. Перед допросом свидетелей и потерпевших, не достигших возраста 16 лет, им разъясняется значение для уголовного дела полных и правдивых показаний. Об ответственности за отказ от дачи показаний и за дачу заведомо ложных показаний эти лица не предупреждаются и подписка у них не берется. В целях охраны прав несовершеннолетних по ходатайству сторон их допрос может быть проведен в отсутствии подсудимого. По окончании допроса с разрешения председательствующего они могут покинуть зал судебного заседания. Несовершеннолетние в возрасте до 14 лет не подлежат приводу в случае неявки по вызову без уважительной причины (п. 6 ст. 113 УПК РФ).

Таким образом, система экспертных оценок включает возрастной, психопатологический (наличие выраженных психических расстройств, лишающих потерпевших или свидетелей возможности осуществлять свои процессуальные функции и произвольно регулировать поведение в ходе расследования) и ситуационный (психотравмирующее влияние следственных мероприятий) факторы.

Принципы определения тяжести вреда здоровью от повреждений, повлекших психические расстройства

Поскольку в результате противоправных действий преступника у жертвы могут возникать не только телесные повреждения, но и психические расстройства, то важным аспектом экспертизы потерпевших является определение «вреда здоровью от повреждений, повлекших психические расстройства» (ПППР). Согласно ст. 111 УК РФ и «Правилам судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью. Приложение № 2 к Приказу Минздрава РФ № 407 от 10.12.96 г.», под «вредом

здоровью» понимают либо телесное повреждение (т. е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций), либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов: механических, физических, химических, биологических, *психических*. Тяжкий «вред здоровью от ППРР» является обстоятельством, отягчающим ответственность обвиняемого (ст. ст. 131, ч. 3, п. «б» 132 УК РФ). При этом психическое расстройство обязательно должно иметь прямую причинно-следственную связь с противоправными действиями преступника, установление которой зачастую сопряжено с большими трудностями, особенно если жертвой является малолетний ребенок или подросток. Именно поэтому, как пишет С.Н. Шишков, в случае определения «вреда здоровью» особое значение приобретает проблема этиологии различных нарушений психики. Автор разделяет все психические расстройства на три группы. В *первую* входят те психические нарушения, которые по механизму своего возникновения не могут вызываться действиями человека (например, врожденное или старческое слабоумие), и поэтому их нельзя рассматривать в плане причинения вреда здоровью. Ко *второй* группе относятся психические расстройства, причины возникновения которых неизвестны (например, шизофрения). В таких случаях эксперты должны давать заключение о невозможности решить вопрос о причинно-следственной связи между психическим расстройством у потерпевшего и совершенными в отношении него преступными действиями. В *третью* группу входят психические расстройства, способные вызываться действиями человека. К ним автор относит органические нарушения центральной нервной системы травматического генеза, интоксикационные психозы и психогении. Однако если первые два могут являться результатом телесного повреждения и должны рассматриваться как «вред здоровью», то при психогенных состояниях, по мнению автора, невозможно выявить причинно-следственную связь и поэтому их нельзя трактовать как «следствие соматического нарушения» и «вред здоровью». То есть фактор психогении можно принимать во внимание «только при наличии механических, физических, химических или биологических факторов». Иных принципов по этому вопросу придерживаются судебные психиатры и судебные медики – Ю.Л. Метелица, Б.В. Шостакович, Т.П. Печерникова, Ю.П. Калинин, А.М. Карпов, которые считают, что психогенные состояния, возникающие в результате противоправных действий преступника, должны рассматриваться как «вред здоровью от ППРР». Такой подход согласуется с основными положениями

психиатрии и современными международными классификациями, в которых психогении определены как «Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Многими исследователями (Фелинской Н.И., Иммерман К.Л., Парфентьевой О.В., Метелицей Ю.Л., Гурьевой В.А.) психогении описаны как тяжелые заболевания, которые нередко приобретают затяжной характер и вызывают постреактивные изменения личности. Кроме того, психогении отвечают и юридическим требованиям, поскольку являются результатом нарушений «физиологических функций» головного мозга (один из критериев телесного повреждения). Исследования Т.Б. Дмитриевой, А.О. Наумовича, Б.М. Когана, А.З. Дроздова свидетельствуют о том, что при психогенных состояниях выявляются определенные патофизиологические изменения, которые можно рассматривать как материальную основу и важно учитывать при назначении лечения.

Методология определения «вреда здоровью» состоит в единстве медицинского и юридического критериев. Оценка степени тяжести предполагает возможность квалификации тяжких, менее тяжких и легких повреждений и основывается на использовании следующих критериев: 1) «опасность для жизни в момент причинения»; 2) последствия повреждений, заключающиеся либо в стойкой утрате трудоспособности различной степени, либо в длительном или кратковременном расстройстве здоровья. Вначале должен решаться вопрос о возможности использования первого критерия, наличие которого является основанием для констатации тяжкого телесного повреждения. Если опасности для жизни в момент причинения повреждений не было, то анализируется возможность применения признака стойкой утраты трудоспособности, при этом облигатным условием является стойкий характер психической патологии, сформировавшейся под влиянием телесного повреждения, экспертная квалификация которого будет определяться степенью стойко утраченной трудоспособности. Реактивные психозы у потерпевших (протекающие не менее 4 недель) должны расцениваться как менее тяжкие телесные повреждения (Парфентьева О.В., Рачев И., Метелица Ю.Л., Шостакович Б.В.); соответственно менее длительные, но выраженные невротические состояния – как последствия легких телесных повреждений. Затяжные неврозы, постреактивные изменения личности и нарушения психосексуального развития следует приравнивать к хроническим психическим расстройствам и рассматривать как тяжкий «вред здоровью». Вместе с тем до настоящего времени проблема определения «вреда здоровью от

ППР» даже у взрослых потерпевших остается недостаточно разработанной и содержит довольно значительные противоречия, которые усугубились после введения в действие в 1997 г. УК РФ. Как разъясняет С.Н. Шишков, диагностика психического расстройства и установление причинно-следственной связи с противоправными действиями входят в компетенцию психиатра-эксперта, а установление степени тяжести вреда здоровью оп редел яе тся в зависи мости от его этиологи и: если психическое расстройство является самостоятельным проявлением «вреда здоровью» (например, психогенное состояние), то его тяжесть не дифференцируется и экспертиза остается однородной, судебно-психиатрической. В случае если психическое расстройство является результатом иного вреда здоровью (например, черепно-мозговой травмы), то тяжесть «вреда» оценивается судебными медиками в рамках комплексной судебной медико-психиатрической экспертизы. Что касается определения «вреда здоровью» у малолетних и несовершеннолетних потерпевших, то в виктимологически ориентированных исследованиях имеются лишь общие рассуждения о вреде сексуального насилия для здоровья детей, а основной акцент делается на изучении клинических проявлений, терапии отдаленных последствий и реабилитации жертв насилия. Поэтому эта проблема нуждается в специальном изучении и разработке. В проведенных единичных исследованиях Н.Б. Морозовой, Т.А. Смирновой, Т.П. Печерниковой, не претендующих на ее полное решение, сформулированы общие принципы и положения при определении тяжести «вреда здоровью от ППР» у малолетних и несовершеннолетних потерпевших от половых преступлений, специфика которых заключается в комплексном характере экспертного исследования на всем его протяжении, при котором диагностика психического расстройства (в том числе и сексуального) и установление причинной связи с полученной травмой (физической или психической) входят в компетенцию КСППЭ с участием сексолога (особенно при длительном инцесте). Диагностика психических расстройств должна учитывать возрастные особенности клинического оформления и эволютивной динамики – фактор дизонтогенеза, который может проявиться в виде нарушений психического или психосексуального развития через продолжительный период времени после сексуального насилия, что требует динамического подхода с ретроспективной, презентальной и прогностической экспертной оценкой «вреда здоровью от ППР».

Система экспертных оценок тяжести «вреда здоровью от ППР» должна строиться на единстве медицинского и

юридического критериев. К медицинскому критерию следует относить широкий круг психических расстройств экзогенной природы. В первую очередь это последствия полученных в криминальной ситуации ЧМТ с различной клиникой и динамикой травматической болезни головного мозга (ТБГМ) и психогенные психические расстройства в виде: а) острой реакции на стресс с дезорганизацией психической деятельности и нарушением прогностических функций, когда потерпевшие в силу возникших суицидоопасных состояний могут совершать аутоагрессивные действия с тяжелыми последствиями для своего здоровья; б) различного рода психогенно обусловленных психических нарушений в рамках посттравматических стрессовых синдромов и расстройств адаптации. С точки зрения вреда здоровью необходимо рассмотреть расстройства психосексуального развития и половой идентификации, которые развиваются у потерпевших в результате пролонгированного сексуального насилия, а также интоксикационные расстройства различной тяжести и клинического оформления, возникающие вследствие применения преступником алкогольных напитков, лекарственных и токсических препаратов. Юридический критерий тяжести «вреда здоровью от ПППР» включает: а) «опасность для жизни» в момент причинения повреждений, б) «длительность расстройства здоровья», в) «выраженность и стойкость нарушений адаптации» (в отличие от «утраты трудоспособности» у взрослых). Определение тяжести «вреда здоровью от ПППР» производится в рамках комплексных СПЭ. Традиционно участие в таких СПЭ судебных медиков, констатирующих тяжесть «вреда здоровью» при ЧМТ. Вместе с тем разнообразие криминальных ситуаций и тех психических расстройств (психогенных, интоксикационных), возникновение которых имеет причинно-следственную связь с сексуальным насилием, диктует необходимость совершенствования методологии СПЭ по определению тяжести «вреда здоровью от ПППР» и разработки стандартов.

В последние годы достаточно привычными стали комплексные психолого-сексолого-психиатрические экспертизы при освидетельствовании малолетних и несовершеннолетних потерпевших – жертв сексуального насилия, работа входящих в их состав экспертов весьма плодотворна, в том числе и при определении тяжести «вреда здоровью от ПППР». Помимо этого, при необходимости целесообразно привлечение и других специалистов: неврологов, нейрохирургов, наркологов, токсикологов. Заключение о тяжести «вреда здоровью от ПППР» следует выносить с учетом ретроспективной, презентальной и прогностической оценки психического состояния потерпевших

только при достаточных объективных данных об их психическом здоровье до криминальной ситуации, о динамике ТБГМ либо психогенных психических расстройств, квалифицированной и комплексной диагностике глубины и тяжести повреждений на момент обследования. В таких случаях может быть целесообразна рекомендация повторного освидетельствования потерпевших после проведения необходимого лечения.

Хронический и стойкий характер психических расстройств, их необратимость, неблагоприятный прогноз в сочетании с полной дезадаптацией свидетельствуют о причинении «тяжкого вреда здоровью». Временный характер психических расстройств на срок более 3 недель, их обратимость, наличие признаков, указывающих на благоприятный прогноз при частичной дезадаптации, должны являться основанием для констатации «вреда здоровью средней тяжести». В случаях отсутствия дезадаптации, но при наличии нарушения здоровья на срок менее 3 недель психические расстройства можно расценить как «легкий вред здоровью». Использование предложенных принципов и алгоритма системы экспертных оценок тяжести «вреда здоровью от ППРР» позволит избежать экспертных ошибок и оптимизировать работу экспертных комиссий.

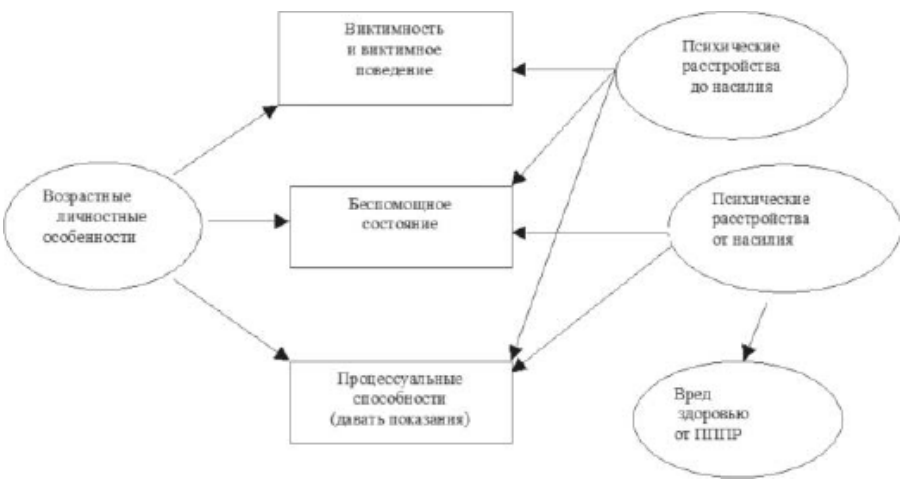

Рис. 3. Виктимное и судебно-психиатрическое значение психических расстройств и возрастных особенностей

Таким образом, возрастные особенности детей и психические расстройства у несовершеннолетних и взрослых потерпевших не только влияют на их поведение в ходе агрессивных действий преступника и могут способствовать совершению преступления, но и имеют большое судебно-психиатрическое и юридическое значение. Они, как показано на рис. 3, могут определять

неспособность жертвы понимать характер и значение совершаемых с ней действий или оказывать сопротивление в криминальной ситуации (основание для констатации судом «***беспомощного состояния»***), ограничивать способность таких лиц участвовать в судебно-следственном процессе и исполнять процессуальные функции (главная из которых – ***право и обязанность давать показания***). Психические расстройства, возникающие у потерпевших в результате сексуального насилия, должны рассматриваться как «***вред здоровью от ПППР».***

Комплексные психолого-психиатрическая и сексолого-психолого-психиатрическая экспертизы являются наиболее методологически верным и эффективным видом судебных экспертиз, особенно в отношении малолетних и несовершеннолетних потерпевших по половым преступлениям. В компетенцию психиатра-эксперта входят выявление психических расстройств, их синдромальная и нозологическая квалификация, оценка психического состояния в различных юридически значимых ситуациях. К компетенции психолога-эксперта относятся определение уровня психического развития, возрастных и личностных особенностей, анализ их эмоционального состояния в интересующие следствие периоды. Установление этапа психосексуального развития у потерпевших в препубертатном и пубертатном возрастах, выявление его отклонений от нормативных вариантов, а также определение сексуальных расстройств, возникших в результате насилия (особенно при длительном инцесте), – компетенция сексолога-эксперта. К сфере совместной деятельности относится установление «функционального» диагноза и решение экспертных вопросов при наличии у потерпевших психических расстройств; в случае отсутствия таковых ответы на них являются прерогативой психолога-эксперта. Таким образом, наряду с разграничением сфер компетенции психолога, психиатра и сексолога происходит интеграция их знаний с целью выработки совместного решения.

Рекомендуемая литература

Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Гиндикин В.Я., Макушкин Е.В., Морозова Н.Б. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М., 2001.

Конышева Л.П. Судебно-психологическая экспертиза психического состояния несовершеннолетней жертвы изнасилования // автореф. дис… канд. психолог. наук. – М., 1988.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: Научно-практическое руководство. – М., 1999.

Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985.

Метелица Ю.Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. – М., 1990.

Морозова М.В. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза способности малолетних и несовершеннолетних давать показания (психологический аспект) // автореф. дис… канд. психол. наук. – М., 1995.

Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А., Литвиненко И.В. Психогенные состояния у несовершеннолетних потерпевших (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка): Методические рекомендации. – М., 1993.

Ривман Д.В., Устинов В.С. Виктимология. – СПб., 2000.

Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Догадина М.А. Онтогенетические механизмы формирования способности к восприятию гендерных качеств у несовершеннолетних жертв сексуального насилия // Российский психиатрический журнал. – М., 1999. – С. 13–18.

Шаихова Б.З. Судебно-психиатрическая экспертиза малолетних потерпевших // автореф. дис… канд. мед. наук. – М., 1993.

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лица, окончившего жизнь самоубийством

Судебные экспертизы в уголовном процессе с участием психолога проводятся в соответствии с потребностями судебно-следственной практики для решения вопросов, требующих специальных познаний в области психологии.

С какой же целью назначается судебно-психологическая экспертиза по факту самоубийства, каковы возможные правовые последствия того или иного экспертного заключения?

Как показывает практика, одной из ситуаций, в которых назначается такая экспертиза, является предположительный вывод следователя или суда о самоубийстве. Когда у судебно-следственных органов нет четкой уверенности в том, что имело место самоубийство (а не убийство или несчастный случай), то здесь экспертное заключение играет важную роль для выяснения тех или иных обстоятельств, характеризующих личность суицидента.

Но, и это особо следует подчеркнуть, в таких случаях недопустимо использовать экспертные выводы в качестве доказательства при определении рода смерти. Например, человек может находиться в состоянии депрессии, высказывать суицидальные мысли и намерения и именно в этот промежуток времени стать жертвой убийства (отравления, повешения и т. д.). В данном случае использование экспертного заключения о наличии, например, депрессивного состояния у подэкспертного, сопровождавшегося суицидальными намерениями, в качестве доказательства того, что он действительно совершил самоубийство, будет несомненной судебной ошибкой.

Исходя из сказанного, предпочтительнее назначать судебно-психологическую экспертизу при доказанности факта самоубийства, что обычно и делают судебно-следственные органы. При этом суд и следствие обычно сталкиваются с проблемой квалификации определенных статей Уголовного кодекса РФ.

Во-первых, это квалификация *ст. 110 УК РФ*: «Доведение лица до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства

потерпевшего».

Во-вторых, определение обстоятельства, отягчающего ответственность обвиняемого: согласно *п. «б» ст. 63 УК РФ*, одним из таких отягчающих обстоятельств признается «наступление тяжких последствий в результате совершения преступления». Как показывает практика, чаще всего объектом экспертного исследования становятся потерпевшие по делам об изнасиловании, совершающие впоследствии суицид, – а самоубийство потерпевшей является одним из тяжких последствий преступления.

И в том, и в другом случае основная цель суда при квалификации этих статей – доказательство наличия или отсутствия причинно-следственной связи между действиями обвиняемого (изнасилование или такие действия, которые подпадают под определение «угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства») и фактом самоубийства потерпевшего лица.

Зададимся вопросом: ***что в суициде составляет предмет исследования судебного эксперта-психолога?***

Чтобы понять, что именно составляет предмет исследования судебно-психологической экспертизы, мы должны обратиться к рассмотренной нами в лекции по теории КСППЭ[12] общей теории судебной экспертологии. По выражению А.И. Винберга и Н.Т. Малаховской, она является «формой научного знания о закономерностях и методологии формирования научных основ судебных экспертиз». Напомним, что это метанаучная область по отношению к предметным судебным наукам. Она объясняет, как материнские (базовые) науки трансформируются в систему специальных познаний в предметной судебной науке и как эти познания реализуются в практической деятельности при производстве судебных экспертиз.

Специальные познания судебного эксперта-психолога, как было показано выше, не могут непосредственно переносить общепсихологические теоретические представления о различных психических явлениях в практику экспертизы. Необходимость трансформации данных общей психологии в судебно-психологической экспертизе, вытекающая из метода сравнительного экспертоведения, особенно актуальна при анализе «экспертных» судебно-психологических понятий при экспертизе суицидентов.

В уголовном процессе юридическое, доказательственное, значение имеют не диагностируемые экспертом общепсихологические явления, а именно «экспертные» понятия.

Объектом судебно-психологической экспертизы по факту

самоубийства является психическое состояние подэкспертного лица, предшествовавшее самоубийству. Это обстоятельство в совокупности с основной целью суда – установить наличие или отсутствие причинно-следственной связи между действиями обвиняемого и фактом самоубийства – определяет предмет исследования и соответственно круг вопросов, ответы на которые в экспертном заключении дадут возможность использовать их как доказательство по делу в целях содействия установлению истины.

Итак, судебный эксперт-психолог должен установить, существует ли причинно-следственная связь между действиями обвиняемого (изнасилование или такие действия, которые квалифицируются как угрозы, жестокое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства) и психическим состоянием потерпевшего в период, предшествовавший самоубийству.

Промежуточной стадией экспертного исследования является точная и полная квалификация психического состояния подэкспертного в период, предшествовавший самоубийству, позволяющая правильно ответить на основной вопрос судебно-следственных органов.

Таким образом, *доказательственное значение для суда имеет экспертное определение причинно-следственной связи между действиями обвиняемого и психическим состоянием потерпевшего, обусловившего его самоубийство, что и составляет предмет исследования судебно-психологической экспертизы суицидентов и определяет содержание «экспертного судебно-психологического понятия» в экспертизе по факту самоубийства.*

Разберем содержание и технологию КСППЭ суицидентов на конкретном примере.

Передо мной лежат шесть томов уголовного дела. У меня в руках документ, на основании которого я и должен провести судебную экспертизу.

«ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Такого-то числа такого-то года Судебная коллегия по уголовным делам такой-то области в составе:

Председательствующего члена суда (фамилия)

Народных заседателей (фамилии)

С участием прокурора (фамилия) и адвокатов (фамилии)

При секретаре (фамилия),

Рассмотрев в судебном заседании дело по обвинению (фамилии, с указанием возраста, наличия судимостей, статей обвинения),

УСТАНОВИЛА:

Подсудимым К. и С. органами предварительного следствия

предъявлено обвинение в изнасиловании А., совершенном группой лиц, повлекшем особо тяжкие последствия – смерть потерпевшей.

В обоснование своего вывода о наличии причинной связи между содеянным в отношении А. и ее последующим самоубийством органы следствия сослались на предсмертное письмо А., восстановленное со слов матери последней и показаний ряда свидетелей.

Однако судебная коллегия считает, что для решения вопроса о причинной связи необходимо применение специальных познаний в области психологии.

На основании изложенного и руководствуясь ст. 288 УПК РСФСР, судебная коллегия

ОПРЕДЕЛИЛА:

Назначить по настоящему делу посмертную судебно-психологическую экспертизу в отношении потерпевшей А., производство которой поручить (фамилии).

На разрешение экспертов поставить следующие вопросы:

1. В каком психическом состоянии находилась А. в период, предшествующий ее самоубийству?

2. Существует ли причинно-следственная связь между изнасилованием А. такого-то числа К. и С. и возникновением и развитием психического состояния потерпевшей А. в период, предшествующий самоубийству?

В распоряжение экспертов предоставить материалы настоящего уголовного дела.

Председательствующий (подпись)

Народные заседатели (подписи)».

Итак, передо мной определение суда и шесть томов уголовного дела. Моя задача как судебного эксперта-психолога – провести психодиагностическое исследование. У большинства из нас, практических психологов, сложилось представление, что психодиагностика – это когда испытуемый сидит перед психологом, а психолог с ним беседует, ведет наблюдение, тестирует, применяя определенные психодиагностические методики. Анализу и интерпретации данных этих методик посвящено огромное количество литературы.

Экспертная психодиагностика, особенно при посмертных экспертизах, абсолютно не подходит под это узкое представление. Во-первых, это *психодиагностика без субъекта*, без возможности проведения непосредственной беседы, наблюдения, экспериментального исследования, какого-либо тестирования. Во-вторых, это *психодиагностика ретроспективная*, психолог должен

высказать свое обоснованное суждение (дать экспертное заключение) о событиях, которые случились уже в прошлом и сохранились только в документах, отражающих определенные следственные действия. Должен оговориться, что определенную часть судебно-психологических и психолого-психиатрических экспертиз по делам о самоубийствах составляют и очные освидетельствования лиц, совершивших незавершенные суициды. В этих случаях, при способности потерпевших правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания (что составляет дополнительный предмет экспертного исследования), конечно же, можно и нужно для вынесения экспертного заключения использовать и данные беседы, и результаты экспериментального психодиагностического исследования.

Напомним, что психологический ретроспективный анализ материалов уголовного дела при проведении посмертных экспертиз состоит из следующих основных компонентов:

1. Четкое уяснение фабулы дела.
2. Психологический анализ индивидуально-психологических особенностей подэкспертного по уголовному делу и приобщенным к нему материалам.
3. Психологический (герменевтический) ретроспективный анализ динамики психического состояния суицидента по материалам дела.
4. Анализ взаимодействия личности подэкспертного с юридически значимой ситуацией.
5. Составление заключения КСППЭ – формулировка экспертных выводов (ответов на вопросы судебно-следственных органов) в «экспертных понятиях» с их обоснованием.

Возвращаемся к уголовному делу.

Ознакомившись с определением суда о назначении экспертизы, я открываю уголовное дело. Уголовное дело – документ, предназначенный для решения не экспертных, а чисто правовых задач. В нем существует своя внутренняя логика, способствующая решению судебных вопросов об уголовной ответственности и наказании. Но сложность работы с этим документом для судебного эксперта-психолога состоит в том, что, как правило, в деле содержится много материалов, несущественных для экспертизы, и довольно часто недостает сведений, необходимых для экспертного исследования. Как бы то ни было, основная задача на первом этапе – извлечение необходимых для судебно-психологической экспертизы фактов, приведение их в определенный хронологический порядок, систематизация, выделение ситуационных, индивидуально-

психологических аспектов, динамики психического состояния в юридически значимый отрезок времени, интерпретация этих данных с применением психологических познаний.

Ситуация. Анализ показаний свидетелей, обвиняемых, заключений ряда судебных экспертиз, в том числе судебно-медицинской экспертизы трупа А., позволяет реконструировать фабулу уголовного дела следующим образом.

Подэкспертная А., 18 лет, поехала навестить своего жениха, который служил в одной из воинских частей Подмосковья. В ожидании попутного транспорта она познакомилась с четырьмя молодыми людьми, которые предложили подвезти ее. Под предлогом того, что необходимо немного подождать, пока один из них возьмет из гаража автомобиль, они привели А. в квартиру, где предложили выпить ей бокал шампанского. В спиртное ими было добавлено снотворное, действие которого в сочетании с алкоголем довело А. до беспомощного состояния. Затем К. раздел А. и, применяя насилие, совершил половые акты, в том числе и в извращенной форме. После него бессознательным состоянием потерпевшей воспользовался С., совершив с ней насильственные половые акты, в том числе в извращенной форме. Потом отправили ее в Москву на попутном автотранспорте, украв перед этим у потерпевшей все ее деньги. А. вернулась домой через 12 дней и спустя 18 дней покончила с собой. Находясь в своей квартире, А. ввела в вену органический растворитель и, несмотря на реанимационные мероприятия, на следующий день скончалась.

Личность. В этом разделе я специально привожу фрагменты показаний, характеризующие индивидуально-психологические особенности А., именно в том порядке, в каком я читал их при ознакомлении с шестью томами уголовного дела.

Мать: *«А. была необыкновенно честной, порядочной, с сильным характером и очень развитым чувством долга…»*

Двоюродная сестра: *«А. была скрытного характера…»*

Мать: *«Дочь была честной, доверчивой, порядочной, одаренной…»*

Школьная характеристика: *«Знания хорошие. Особенно хорошо разбиралась в математических предметах. Занималась систематически, самостоятельно. Изучаемый материал понимает, усваивает быстро. Хорошо развито логическое мышление. Трудолюбива. Занималась в кружке макраме, на медицинских курсах, в туристской секции – занималась с большим интересом и чувством ответственности… По характеру быстрая, подвижная…, честная, принципиальная, всегда готова оказать помощь…. В общественной работе активная. Хороший товарищ.*

Получила в семье хорошее воспитание…»

Характеристика с медицинских курсов: *«…Добросовестная…. Хороший, исполнительный работник. Хорошо контактировала с коллегами. К больным относилась вежливо, с пониманием…»*

Характеристика совета по туризму: *«…Была душой группы, и большая заслуга ее в сплочении нашей интернациональной группы…»*

Лечащий врач: *«А. росла развитой и общительной девушкой, справедливой, и ее очень возмущало, когда кто-либо делает не по справедливости или в обход закона…»*

Двоюродная сестра: *«А. была немного замкнутая, и когда с ней случалось какое-либо несчастье, она об этом не говорила, а закрывалась в своей комнате и там плакала…»*

Подруга родителей: *«А. росла очень скрытной, замкнутой девочкой, хотя с друзьями была очень общительной. А. было свойственно всегда приходить на помощь знакомым и незнакомым, очень доверяла людям, на мир смотрела открытыми глазами… Девушкой она была несовременной…»*

Классный руководитель: *«А. по натуре была резковатой, смелой и не позволяла себя обидеть никому, умела постоять за себя…. Всегда имела свое суждение, не боялась прямо высказать свое мнение и товарищам по классу, и учителю. Никогда никому не отказывалась помочь. Была инициатором и помощником в делах класса. В поведении была скромной. Трудолюбива. В дружбе, в отношениях между людьми ценила честность, открытость, чистоту, не терпела ложь и фальшь. Была очень заботлива по отношению к родителям, брату, глубоко переживала свои неудачи, но никогда не жаловалась… Решительна, по натуре человек сильный»*

Сосед: *«А. была девушка своеобразная, с развитой силой воли. Была со мной откровенной…»*

Жених: *«А. была очень сдержанной девушкой… Очень неглупой, развитой…. имела планы в жизни, хотела поступать в мединститут…»*

Знакомая: *«По своему характеру она была очень замкнута, много не говорила о своих переживаниях, а все держала в себе…»*

Мать: *«А. видела все в розовом цвете, верила людям, хотела стать врачом, чтоб всем им помогать, обижалась на нас, если мы говорили, что не все люди хорошие… Главное было, конечно, в ее представлении о порядочности девушки, я всегда ей говорила, что честь – это самое главное, что есть у девушки, я говорила ей, как сама подвергалась нападению незадолго до свадьбы, я всегда внушала ей веру в людей…»*

Отец: *«Мы с женой воспитали ее такой максималисткой…»*

Итак, вырисовывается определенный «личностный портрет» А.: высокий уровень интеллектуального развития, некоторая скрытность, сдержанность, замкнутость, целеустремленность, склонность глубоко переживать свои неудачи и не делиться ими с окружающими. Ценностно-смысловая сфера характеризовалась прежде всего незрелостью социальных установок с инфантильными идеализированными представлениями об окружающей действительности, верой в высокоморальные качества других людей. Эти социальные установки и ожидания отразились на таких особенностях ее характера, как честность, принципиальность, доверчивость. В то же время они реализовывались в ее поведении через повышенную требовательность к себе и окружающим, максимализм, негибкость поведения с прямолинейностью и бескомпромиссностью. А. отличалась выраженной просоциальной направленностью, ее желание стать врачом определялось стремлением помогать людям. Реализации жизненных замыслов, планов способствовали такие ее особенности, как отзывчивость, готовность всегда прийти на помощь, высокое чувство ответственности, долга, добросовестность, трудолюбие. Кроме того, А. собиралась выйти замуж, и у нее были сильно развиты представления о женской «чистоте», чести, которые были важным компонентом ее ценностной сферы.

Динамика психического состояния. Сведения об изменениях психического состояния А. я приведу уже в обработанном хронологически порядке.

Мать: *«Я разговаривала по приезде, но она то отмалчивалась, то резко отвечала…. Она боялась, что люди могут узнать о случившемся…»*

Отец: *«По приезде… она была сильно взволнована, почти сразу сказала, что было групповое изнасилование…. Все держала в себе, мучила себя мыслью, что стала грязной…. Поведение А. изменилось, она стала держаться обособленно, больше обычного молчала, точила себя изнутри. Говорила, что не позволит никогда дотронуться до себя мужчине…»*

Мать: *«Когда дочь вернулась из Москвы, плохо выглядела, не хотела мне ничего рассказывать, только сказала: «Мама, не обижайся, я хочу все забыть». Дочь очень изменилась после приезда…. Отвечала резко, раньше такого не было…. Дочь говорила, что не может себе представить, чтобы до нее дотронулся мужчина, я ее успокаивала, что это пройдет. А. сердилась, оказывается, я не понимала, о чем идет речь…. Она говорила: как можно лечить людей без веры?.. Дочь очень боялась, что окружающие, особенно я и ее младший брат, узнают об*

изнасиловании. Она вдолбила себе, что стала "грязной"…»

Младший брат: *«…Через несколько дней после приезда сестра сказала, что ей осталось жить две недели…»*

Мать: *«На нее было совершено нападение – групповое изнасилование. После этого дочь решила, что не может больше жить, не может быть медиком, как мечтала, так как потеряла веру в людей…. У нее должна была состояться свадьба…. Дочь всегда считала, что замуж надо выходить честной и чистой. После нападения говорила, что не может себе представить, как сможет до нее дотронуться мужчина. После случившегося дочь старалась сделать все, чтоб мы не волновались. Она старалась не показать, что ей плохо…. Это в характере дочери – не показывать, что ей плохо. И по поведению дочери мы не могли предположить, что она так поступит. Никаких странностей в ее поведении не было, только разочарование в людях…»*

Двоюродная сестра: *«После происшедшего она не подавала виду, что случилось что-либо большее, чем ограбление. Она никому ничего не рассказывала о случившемся, чтобы беречь близких…»*

Отец: *«Дочь тяжело переживала случившееся, потеряла веру в людей. Считала, что стала "грязной". Думала, что больше не сможет работать медиком, не сможет выйти замуж. А. старалась не подавать виду, как ей тяжело, но, как ни старалась, было видно, что дочь изменилась…. Стала вспыльчивая, не хотела больше учиться в медучилище. Говорила мне, что не представляет, как сможет позволить парню или мужчине до себя дотронуться. Это было сказано, потому что раньше речь шла о замужестве. Никаких разговоров о самоубийстве не было, дочь старалась не показывать, что ей тяжело…. После приезда из Москвы, как я ни старался, все же что-то в отношениях изменилось. Она стала резче, я боялся обидеть ее неосторожной шуткой или словом, хотя раньше мы никогда не обижались друг на друга. У дочери появилась какая-то неловкость, стеснительность…»*

Подруга родителей: *«После возвращения из Москвы А. нельзя было совсем узнать, все, что она делала, говорила – проходило через силу. Душой я чувствовала, что с ней произошло что-то ужасное»*

Сосед: *«Когда вернулась, рассказала, что над ней надругались, и внутренне она была как-то обеспокоена по данному факту, но виду не подавала…»*

(Далее следуют показания о пребывании А. в реанимации).

Мать: *«Дочь старалась держаться, даже улыбалась, мне она сказала: "Мама, прости меня"…»*

Отец: *«Перед смертью дочь сказала, что так будет лучше для всех…. Предсмертное письмо было длинным, обстоятельным, было*

видно и по содержанию, и по форме, что оно писалось в спокойной обстановке, обдуманно. Даты не было. Видимо, оно писалось заблаговременно, так как в день происшедшего… у нее не было возможности»

Мать: *«Когда муж спросил, зачем она это сделала, дочь ответила, что так будет лучше…»*

Врач-реаниматолог: *«…На вопрос, почему она так сделала, А. ответила, что по глупости. Ни о каком судебном процессе или уголовном деле А. не говорила»*

Фельдшер отделения реанимации: *«А. меня узнала и вкратце рассказала, что она была в Москве, что ездила к своему другу в армию, что там ее изнасиловали… и что ее также ограбили… А. еще сказала, что когда она там обратилась в милицию, то никто ее не хотел выслушать, и ее это очень оскорбило. А. мне рассказала, что после приезда из Москвы она о случившемся рассказала дома, но никто ее не понял…»*

Врач-токсиколог: *«А. просила спасти, говорила, что сделала глупость…»*

Важным компонентом психологического изучения материалов уголовного дела является анализ предсмертных записок, если они содержатся в деле. Это тот процесс, который Э. Шнейдман называл «психологической аутопсией».

Вот передо мной лежит записка… Предсмертная записка.

В ней чувствуется непереносимая душевная боль, неизбежный, с точки зрения А., выбор смерти. В письме много смыслов – здесь и протест против того, что случилось с ней, и призыв о помощи, и желание наказать насильников, и иллюзия силы. В скупых, но страстных строках – отказ от существования без любви, без веры, без цели, т. е. всего того, что составляло смысл жизни.

«…Но человек приходит в мир, чтобы жить и творить добро. У меня была только одна цель – медицина…. Человек может жить без ноги, руки, ну все равно без чего, но нельзя жить без веры в людей. Я знаю, что кто-то скажет, почему она это сделала, она не думает о родителях, но я знаю… вы не осудите меня.

Сегодня, когда я пишу, я не уйду, потому что я должна убедиться, что они все за решеткой. Чтоб не плакали другие папы и мамы. Я благодарна вам, что вы вырастили меня такую. И что я вас не подвела…

Я видела, что ни вы свою боль не показывали, ни бабушка, ни дедушка, и я не покажу вам. Буду сильной до последней минуты…

Мама, ты всю жизнь видела в розовом цвете и нас научила этому. Оказалось, есть и черный цвет.

Но я счастлива, что и мею такой характер. Это ваша заслуга.

Можно перенести любую боль в себе, но смотреть, как мучаются близкие, видя, как я мучаюсь, я никогда не смогу. Я очень люблю жизнь, но не пустую. Без любви жить нельзя. Без цели жить нельзя. Я стала пустой…

Я прошу, чтобы никогда (имя жениха) не смог узнать правду – причину моей смерти…

Папа, мама, умоляю, держите себя и боритесь с такими «нечеловеками» уже не из-за меня, а из-за других мам и пап.

Я не боюсь смерти. Я знаю, что только моя смерть им вынесет наказание.

А.»

Судебно-психиатрическими экспертами была диагностирована невротическая депрессия со всеми характерными для феноменологии этого состояния признаками. Но достаточно ли клинического определения невротической депрессии, чтобы обоснованно ответить на вопрос о причинно-следственной связи между ситуацией группового изнасилования и возникновением этого психического состояния? Вскрывает ли клиническая диагностика сам механизм суицида? Чтобы понять глубинные причины самоубийства, необходимо прежде всего психологическое исследование.

По приведенным выше материалам можно сделать, несколько упрощая, следующие экспертные выводы. Принимая во внимание диагностированные индивидуально-психологические особенности А., факт изнасилования оказался субъективно высоко значимым для нее. Ситуация для нее носила выраженный психотравмирующий характер, глубоко затронула чувство ее достоинства и чести. Непосредственно после изнасилования А. испытала глубокое потрясение, говорила, что «не переживет изнасилования», «была очень взволнована». Случившееся оказало блокирующее влияние на все ведущие ценностно-смысловые линии, социальные установки А.: оказались субъективно разрушенными ее идеализированные представления об окружающей действительности, социальные стереотипы восприятия других людей, следствием чего стали потеря веры в людей, разочарование в них, ощущение бессмысленности жизни, ее «пустоты»; сложилось субъективное ощущение невозможности реализации основных жизненных планов – стала думать, что не сможет работать медиком, не хотела продолжать учебу в медучилище, возникло чувство потери «цели» жизни; разрушились и ее представления о женской чести, «чистоте» – она стала ощущать себя «грязной», говорила, что «не представляет, как до нее теперь сможет дотронуться мужчина», стала думать,

что не сможет выйти замуж.

В этот период у А. развилось психологическое кризисное (депрессивное) состояние, о глубине которого свидетельствовали снижение фона настроения с выраженными эмоциональными переживаниями, чувством «опозоренности», непонятости; наличие суицидальных мыслей; явления эмоциональной отгороженности, обособленности, стремление к уединению, заторможенность; изменения характера с появлением ранее несвойственных ей черт личности – вспыльчивости, резкости, обидчивости и ранимости. Такие особенности А., как психическая негибкость, повышенная требовательность к себе и окружающим, прямолинейность, бескомпромиссность, скрытность, замкнутость, препятствовали адекватной переработке внутреннего конфликта, поиску и нахождению конструктивных путей выхода из сложившейся ситуации и преодолению психологического кризиса в целом.

Экспертная комиссия пришла к выводу, что описанное психическое состояние А. было вызвано психотравмирующим воздействием ситуации ее изнасилования, т. е. находилось в прямой причинно-следственной связи с действиями обвиняемых.

В свете проанализированного примера становятся ясными и ***требования к материалам уголовного дела.***

В приведенном примере возможность провести полноценное судебно-психологическое экспертное исследование с обоснованной формулировкой экспертных выводов была обеспечена прежде всего достаточной полнотой материалов уголовного дела с ясным изложением психотравмирующей ситуации, подробной характеристикой личности и проявлений психического состояния А. в период, предшествовавший ее суициду. Хотя все равно при анализе дела оставались открытыми некоторые вопросы: что на самом деле случилось в милиции, когда А. обратилась туда непосредственно после изнасилования и ограбления? Каково было ее психическое состояние в течение 12 дней после изнасилования и до возвращения в родной город?

Тем не менее следует признать, что следствие сработало достаточно грамотно, собрав довольно полные сведения с точки зрения как полноты характеризующих А. материалов, так и их пригодности для проведения судебно-экспертного исследования. Так бывает, конечно же, далеко не всегда. Поэтому не во всех случаях судебный эксперт-психолог может ответить на вопросы следствия или суда.

В судебно-психологической экспертизе по факту самоубийства, как ни в одном другом предметном виде экспертизы, подтверждается справедливость утверждения, что заключение экспертов в качестве доказательства по делу является

результатом не только применения специальных познаний, но и взаимодействия экспертов с органом, назначающим судебную экспертизу.

В практике судебно-психологической экспертизы можно встретить ситуации, не позволяющие провести полноценное исследование и препятствующие достоверному установлению причинно-следственной связи между действиями обвиняемого и возникновением и развитием пресуицидального психического состояния потерпевшего.

Вариант 1. Если различать суициды рациональные и аффективные (рациональные самоубийства – это суициды с длительным и постепенным формированием решения покончить с собой, обдумыванием способов самоубийства, места и времени осуществления своего намерения; при аффективных самоубийствах решение о суициде принимается непосредственно под воздействием интенсивных и значимых эмоций и является не обдуманным, а импульсивным), то уголовные дела, в которых описываются рациональные самоубийства, с подробными свидетельскими показаниями о личности и динамике психического состояния суицидента, с предсмертными записками, с артикулированным представлением о психотравмирующей ситуации, составляют не более 10 % от такого рода дел. И причина этого в данном случае не в нерадивости дознавателей и следователей, а в индивидуально-психологических особенностях самоубийцы. В деле может не содержаться значимая для проведения экспертизы информация из-за того, что потерпевший был глубоко интровертированным человеком, переживал свою психическую боль глубоко внутри, не показывал своего страдания, избегал общения или, более того, старался вести себя на людях так, как будто ничего не произошло. Для окружающих такие суициды выглядят немотивированными, непонятными, неожиданными. В этих случаях бывает невозможно не только судить о причинной обусловленности пресуицидального состояния психотравмирующими воздействиями со стороны обвиняемых, но часто и достоверно диагностировать само психическое состояние лица, покончившего с собой, в период, предшествовавший смерти.

Вариант 2. В других случаях, особенно при аффективных суицидах, когда решение о суициде принимается мгновенно, импульсивно, непосредственно в психотравмирующей ситуации, уголовное дело также может не содержать необходимых сведений о психическом состоянии потерпевшего в пресуицидальный период. У лиц без психотических расстройств, как правило, если удается диагностировать особое аффективное состояние, то

нетрудно связать его с определенными причинными факторами, но сложность такого рода дел заключается, при отсутствии необходимых сведений в уголовном деле, в определении характера самого пресуицидального состояния.

В любом случае в описанных вариантах конечное установление причинно-следственной связи между действиями обвиняемого и фактом самоубийства является прерогативой суда, поэтому эксперты не могут говорить об отсутствии искомой причинной зависимости, их ответы ограничиваются двумя вариантами: либо в заключении делается вывод о наличии причинно-следственной связи между действиями обвиняемых и пресуицидальным психическим состоянием подэкспертного лица, либо мотивированно указывается на невозможность ее установления.

Вариант 3. По многим признакам, извлеченным из анализа уголовного дела, судебному эксперту-психологу понятно, что суициду предшествовала психотравмирующая ситуация, что потерпевший обладал рядом личностных особенностей, облегчающих реализацию аутоагрессивных форм реагирования на стрессы, конфликты, фрустрации, что у него после действий обвиняемого изменилось психическое состояние. Однако информации, содержащейся в уголовном деле, недостаточно для точной диагностики пресуицидального состояния и установления причин его возникновения и развития, т. е. для обоснованного и достоверного формулирования экспертных выводов. В этом случае судебный эксперт-психолог может и должен воспользоваться своим уголовно-процессуальным правом ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения. При этом он должен указывать, какие именно конкретные материалы ему необходимы. Только в том случае, если его ходатайство остается без удовлетворения, эксперт-психолог обязан сообщить в письменном виде о невозможности дать заключение, обосновав это тем, что предоставленные материалы недостаточны для дачи заключения.

Ясно, что необходимость достижения истины по делу диктует определенные *требования к полноте уголовного дела по факту самоубийства*, предоставляемого в распоряжение судебного эксперта-психолога. Психологический анализ материалов уголовного дела (а в рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы – и медицинской документации) предъявляет особые требования к источникам информации, необходимым для судебно-психологического экспертного исследования. Из этих источников психолог, как правило,

извлекает четыре группы данных о личности и психическом состоянии суицидента.

Первую из них составляют сведения об особенностях развития подэкспертного лица. В уголовном деле важно отразить весь жизненный путь личности, в первую очередь – особенности раннего психического развития (появление речи, эмоциональные особенности, социальная ситуация развития, стиль родительского воспитания и т. д.), индивидуально-психологические свойства, уровень интеллекта, особенности социального взаимодействия со сверстниками и взрослыми в подростковом возрасте. Эти данные могут содержаться в показаниях родителей, близких родственников, воспитателей дошкольных учреждений, школьных учителей, одноклассников и других свидетелей.

Вторую группу составляют устойчивые, проявляющиеся в разных ситуациях, индивидуальные особенности: система отношений, основные ценностные ориентации, ведущие мотивы, установки, особенности межличностного взаимодействия, черты личности, характера и темперамента. Для диагностики этих особенностей психолог должен иметь в своем распоряжении показания наиболее близких к подэкспертному лиц (родственников, друзей, сослуживцев). В данных показаниях могут быть отражены характеризующие обвиняемого сведения: жизненные устремления, способы достижения своих целей, характерологические особенности, отношения со свидетелями, отношение к работе или учебе, особенности поведения в быту и на службе, особенности эмоционального реагирования в конфликтных ситуациях, уровень интеллектуального развития и т. п. Эти же данные могут содержать и служебные характеристики, которые полезно дополнять неформальными сведениями о подэкспертном, полученными от его непосредственных начальников и коллег.

Третью группу данных о личности потерпевшего составляют особенности его самосознания, информацию о которых для психологического анализа эксперт косвенно может извлечь из показаний свидетелей, характеризующих самооценку суицидента, его восприятие сложившейся ситуации, оценку своих возможностей и способностей, планы на будущее и пр.

И наконец, ***четвертую*** и самую значимую для достижения целей экспертизы группу данных составляют сведения об актуальном состоянии потерпевшего в период, предшествовавший самоубийству. Здесь важна не только информация о его поведении и высказываниях, которая может содержаться в показаниях свидетелей или непосредственных очевидцев случившегося, но и динамика субъективных переживаний

подэкспертного, особенностей его осмысления ситуации в целом и восприятия действий обвиняемого, особенностей осмысления своих действий, эмоциональных реакций в кризисной ситуации. Для возможности психологического анализа субъективной стороны поведения потерпевшего в интересующей следствие и суд ситуации в показаниях свидетелей должна быть отражена не только фабула поведения суицидента, но и его чувства, мысли, переживания, его эмоциональные реакции на действия окружающих, изменения обстановки и т. д.

В заключение обсудим проблему ***формулировок вопросов*** судебно-следственных органов, поставленных на разрешение судебного эксперта-психолога.

В постановлении следователя или определении суда *должны быть* сформулированы следующие два вопроса.

1. *В каком психическом состоянии находился подэкспертный в период, предшествовавший самоубийству?*

Ответ на этот вопрос имеет основополагающее значение для экспертного заключения о наличии причинной связи этого состояния с действиями обвиняемого. Только точная и полная квалификация психического состояния подэкспертного в период, предшествовавший самоубийству, позволяет правильно ответить на основной вопрос судебно-следственных органов.

2. *Существует ли причинно-следственная связь между действиями обвиняемого (указать: изнасилование или такие действия, которые квалифицируются как угрозы, жестокое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства) и возникновением и развитием психического состояния потерпевшего в период, предшествовавший самоубийству?*

Часто этот вопрос задают в такой форме: *«Каковы возможные причины возникновения этого состояния?»* Подобная формулировка представляется менее удачной, т. к. причин возникновения и развития пресуицидального состояния может быть много, а суд интересует только одна причинная связь – между уголовно значимыми действиями обвиняемого и самоубийством потерпевшего.

Проиллюстрируем это следующим примером. Шестнадцатилетняя девушка была изнасилована группой подростков, и впоследствии у нее развилось депрессивное состояние непсихотического уровня со стойкими суицидальными мыслями, ощущением непереносимости сложившейся ситуации, что привело ее к попытке самоубийства путем отравления. Однако среди причин развития данного психического состояния можно назвать и ее личностные особенности в виде повышенной

ранимости, уязвимости, устойчивых ценностных представлений о женской чести. В то же время клинико-психологическое исследование показало, что ее депрессивное состояние усугубилось в результате субъективно непереносимых для нее допросов в качестве потерпевшей, а также из-за неправильного поведения ее матери, занявшей не сочувствующую, а осуждающую дочь позицию. Ясно, что в таком случае факт группового изнасилования не выступает в качестве единственной причины, а является одним (хотя и основным) из факторов, обусловивших возникновение психического состояния, приведшего к попытке самоубийства.

Поэтому более корректной, а главное, отвечающей задачам суда или следствия является формулировка вопроса о наличии причинной зависимости психического состояния подэкспертного, предшествовавшего самоубийству, от действий обвиняемого.

Какие вопросы *не рекомендуется* задавать судебным экспертам-психологам?

1. *Находился ли подэкспертный в период, предшествовавший смерти, в психическом состоянии, предрасполагающем к самоубийству?*

С точки зрения современных научных представлений в психологии ответ на данный вопрос является тавтологией: если был факт самоубийства, то этому должно было предшествовать какое-либо психическое состояние, являющееся условием принятия решения (в результате длительного обдумывания или эмоциональное, импульсивное) покончить с собой. Более того, между психическим состоянием человека и самоубийством как действием, поступком существует только вероятностная связь – не существует таких психических состояний, которые неизбежно приводили бы к суициду. В любом кризисном состоянии один человек расположен к аутоагрессии, другой – к внешней агрессии, третий – к поиску конструктивных путей выхода из сложившейся ситуации и т. п. Иными словами, количество вариантов личностного реагирования на конфликтные и фрустрирующие воздействия, даже при наличии суицидальных мыслей и намерений, достаточно большое. Поэтому трудно оценивать какое-либо психическое состояние человека как предрасположение к самоубийству.

Довольно часто ошибки при назначении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы связаны с постановкой вопросов, хотя в целом и входящих в компетенцию экспертов-психиатров или психологов, но не имеющих юридического значения именно в рассматриваемом предметном виде экспертизы.

2. *Мог ли потерпевший в момент совершения самоубийства осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими?*

Этот вопрос представляет собой механический перенос формулы невменяемости в экспертизу по факту самоубийства. Данная формула юридически значима только в отношении обвиняемых, и ответ на нее в отношении другой процессуальной фигуры – лица, покончившего жизнь самоубийством, никаким образом не раскрывает вопрос о причинной связи его психического состояния с действиями обвиняемых. Насилие, жестокое обращение или систематическое унижение личного достоинства могут обусловить развитие психогенного психического заболевания, которое, достигая психотического уровня, будет препятствовать суициденту осознавать значение своих действий и контролировать их, в то же время непонимание своих суицидальных действий может зависеть и от хронического душевного заболевания, абсолютно не связанного с какими-либо действиями обвиняемых. Кроме того, во многих случаях утвердительный ответ на этот вопрос может затушевывать искомую причинную связь – давая возможность защите обвиняемого отрицать и сам факт насилия, жестокого обращения или унижения, аргументируя это тем, что эти факты существовали только в воображении душевнобольного, не понимающего, что происходит вокруг.

Формулировка данного вопроса корректна только в тех ситуациях, когда лицо, пытавшееся покончить жизнь самоубийством, является одновременно и обвиняемым в преступлении, связанным с его суицидальной попыткой. Например, военнослужащий совершает незавершенный суицид (остается в живых) и обвиняется в членовредительстве; женщина совершает расширенное самоубийство – при суицидальном акте лишает жизни и своего ребенка (или детей).

3. *Какие индивидуально-психологические особенности подэкспертного могли оказать существенное влияние на его поведение в момент совершения самоубийства?*

Вопрос также представляет собой механический перенос, поскольку имеет юридическое значение в отношении обвиняемых. Как правило, под существенным влиянием индивидуально-психологических особенностей на поведение имеется в виду ограничение способности адекватно осознавать окружающее, свои поступки, произвольно и осознанно регулировать и контролировать свои действия вследствие каких-либо аномалий личности неболезненного характера. Ответ на этот вопрос также не имеет значения для квалификации ст. 110 и

п. «б» ст. 63 УК РФ.

Следующие вопросы являются недостаточными для принятия правильного судебного решения.

4. *Какие индивидуально-психологические особенности подэкспертного могли способствовать принятию им решения о самоубийстве?*

5. *Находился ли подэкспертный в момент совершения самоубийства в состоянии аффекта?*

Эти вопросы в целом корректны, но неполны.

Ответ на них является обязательным компонентом экспертного заключения при квалификации психического состояния подэкспертного в период, предшествовавший самоубийству, в котором определяются тип суицида (рациональный или аффективный), роль индивидуальных психологических особенностей в динамике пресуицидального психического состояния, в том числе в формировании мотивации и принятия решения о самоубийстве, или в развитии аффективного состояния вследствие внешних, ситуативных воздействий. Поэтому по отношению к вопросу о квалификации психического состояния лица, предшествовавшего самоубийству, данные вопросы являются избыточными, хотя и могут выноситься в определение суда в качестве уточняющих. В случае же, когда эти вопросы заменяют вопрос о психическом состоянии суицидента, они являются недостаточными.

Рекомендуемая литература

Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / Сост. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. – М., 1980.

Коченов М.М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы: дис… д-ра психол. наук. – М., 1991.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. – М., 2014.

Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. – М., 2001.

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе

В связи с интенсивным ростом назначаемых комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) по гражданским делам в последние годы представляется актуальным выделение данного вида экспертизы как отдельного направления, обладающего определенными точками соприкосновения с судебно-психиатрической экспертизой и вместе с тем имеющего свой предмет, экспертные понятия, методы исследования. В основном такого рода экспертизы проводятся в рамках Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) по делам о признании сделок недействительными (ст. ст. 177, 178,179). Эти статьи объединяют, как отмечает Т.В. Сахнова, совершение сделок под влиянием «порока воли». Экспертизы при разрешении дел по Семейному кодексу РФ назначаются судами гораздо реже.

Рассмотрим основные проблемы производства ***КСППЭ по делам о признании сделок недействительными.***

Наиболее распространенным является назначение КСППЭ по ст. 177 ГК РФ («Недействительность сделки, совершенной гражданином, неспособным понимать значение своих действий или руководить ими»). Текст данной статьи гласит: «Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения».

В отличие от большинства видов КСППЭ в уголовном процессе в данном случае нарушение юридического критерия («способности понимать значение своих действий или руководить ими») не предопределяется каким-либо медицинским критерием – причиной расстройства осознанной регуляции своих действий в момент совершения сделки выступает, по формулировке ГК РФ, «*такое состояние*». Ясно, что имеется в виду широкий спектр психических состояний, объединяющий, в частности, и психические расстройства, и различные эмоциональные

состояния, обусловленные совокупным влиянием индивидуально-психологических особенностей подэкспертного и актуальной юридически значимой ситуации. Поэтому определение неспособности к осознанию своих действий и руководству ими и является задачей комплексного исследования с применением специальных познаний как в психологии, так и в психиатрии.

Юридический критерий сформулирован в психологических терминах и состоит из двух частей – так называемого интеллектуального компонента юридического критерия («способность понимать значение своих действий») и волевого компонента («способность руководить ими»). Следует иметь в виду, что нарушение способности к пониманию смысла своих действий автоматически означает расстройство способности к их регуляции, поскольку целенаправленное действие (совершение сделки) определяется целью – осознанным предвосхищаемым результатом.

В целом разработка клинико-психологических критериев неспособности к осознанию и регуляции своих действий при совершении сделки под воздействием разного рода психических состояний требует глубокого анализа основных экспертных понятий с позиций судебно-психологической экспертологии, наполнения их реальным научным психологическим содержанием. В законе формулировка юридических критериев дана лишь в общем виде и требует экспертологической и научно-психологической проработки.

Для этого, в свою очередь, необходимо решать еще одну научную задачу – разработку и адаптацию психологических концепций, имеющих значение для критериев экспертной оценки психической деятельности. Мы имеем в виду прежде всего психологические теории принятия решения. Они составляют хорошо развитое направление общей психологии, но в известной нам литературе эти проблемы исследуются в основном в теоретическом плане или на абстрактных моделях решения задач, далеких от реальной жизни.

Так называемый интеллектуальный компонент юридического (психологического) критерия ст. 177 ГК РФ требует установления неспособности гражданина понимать фактическое содержание своих действий. Кроме того, возможны ситуации, когда при понимании значения своих действий во время совершения сделки человек не может осуществлять осознанную их регуляцию (например, вследствие разного рода психологического на него воздействия) – установления этого обстоятельства также достаточно для квалификации ст. 177 ГК РФ.

В отличие от ст. 177 ГК РФ в ст. 178 ГК РФ говорится о

недействительности сделки, совершенной под влиянием *заблуждения*. Текст обсуждаемой статьи гласит: «Сделка, совершенная под влиянием заблуждения, имеющего существенное значение, может быть признана судом недействительной по иску стороны, действовавшей под влиянием заблуждения. Существенное значение имеет заблуждение относительно природы сделки либо тождества или таких качеств ее предмета, которые значительно снижают возможности его использования по назначению. Заблуждение относительно мотивов сделки не имеет существенного значения».

Можно выделить ряд основных психологических факторов, влияющих на формирование неправильных представлений относительно природы сделки и на возможность возникновения состояния заблуждения.

Как отмечает Т.В. Сахнова, для теории экспертизы главное в содержании заблуждения как порока воли заключается в том, что воля заблуждающейся стороны формируется не свободно, а под влиянием не соответствующих действительности представлений о существенных элементах сделки или в результате их незнания. Для правильной юридической квалификации ст. 178 ГК РФ важно учитывать, что подобное ошибочное представление возникло не в результате умышленных действий контрагента по сделке (тогда должна квалифицироваться недействительность сделки вследствие обмана по ст. 179 ГК РФ), а ненамеренно и помимо чьего-либо воздействия.

Что является с психологической точки зрения основой возникновения ошибочных представлений о природе сделки? Представления формируются на основе ощущения и восприятия, поэтому главное внимание эксперты должны уделять нарушениям перцептивной деятельности, которые могут выступать причинами неадекватного отражения ситуации сделки. При этом всегда следует учитывать, что восприятие не сводится только к простым сенсорным процессам (ощущениям), в реальной жизни на перцептивные процессы оказывают существенное воздействие личностные факторы – прошлый опыт, эмоциональные состояния, установки, мотивы, потребности и т. п.

Только анализа сенсорно-перцептивных процессов и формирующихся на их основе представлений недостаточно, чтобы понять дефектность принятия человеком решения о совершении сделки. Как справедливо подчеркивает Ю.М. Забродин, процессы решения – важная надстройка над тем сенсорно-перцептивным материалом, который явился результатом прошлого и настоящего психического отражения внешних признаков самого различного свойства и в самых

различных ситуациях. Согласно теоретической позиции Д.Н. Завалишиной, Б.Ф. Ломова, В.Ф. Рубахина, в процессе принятия решений реализуются как отражательные, так и регуляторные функции психики. По их мнению, психологическое исследование процесса принятия решения должно строиться на анализе трех основных уровней психической регуляции деятельности: сенсорно-перцептивных процессов, представлений и речемыслительных процессов, под которыми понимается решение задач с построением способа действия. Поэтому исследование нарушенной способности к осознанию и регуляции своих действий вследствие заблуждения должно опираться на анализ всех регуляторных уровней процесса принятия решения о совершении сделки.

Таким образом, совершение сделки под влиянием заблуждения предполагает, что способность руководства своими действиями не нарушена – действия направлены на достижение избранной цели, но сама цель сформирована не свободно, а под влиянием не соответствующих действительности представлений о сущности сделки. Действия истца целенаправленны, сопровождаются адекватными контролем и прогнозом, однако психологическая основа цели действия неадекватна, не соответствует истинным намерениям лица, совершающего сделку.

Еще одна норма ГК РФ – ст. 179 («Недействительность сделки, совершенной под влиянием обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения представителя одной стороны с другой или стечения тяжелых обстоятельств») используется на сегодняшний день при назначении КСППЭ крайне редко. Это обусловлено тем обстоятельством, что суду для признания сделки недействительной достаточно зафиксировать наличие обмана, насилия, угрозы и пр. со стороны контрагента по сделке. Тем не менее в ряде случаев здесь можно найти предмет психологического исследования. При насилии и угрозе, под влиянием которых совершается сделка, обычно остается сохранной способность понимать значение своих действий, но «порок воли» касается способности управлять своими действиями. Человек понимает кабальный характер сделки (например, купли-продажи на крайне невыгодных для него условиях), но под влиянием психологического воздействия не может противостоять нажиму противоположной стороны, подчинение воле контрагента остается единственным приемлемым способом разрешения психотравмирующей ситуации, нередко опасной для жизни.

Наряду с гражданским процессом КСППЭ может эффективно применяться в гражданских процессах,

регулируемых Семейным кодексом.

В Семейном кодексе существует целый комплекс проблем, связанных с правом на воспитание детей и защитой их интересов – ст. ст. 24, 65, 66, 68 (споры, связанные с правом на воспитание детей), 73, 76 (ограничение родительских прав), 140–141 (усыновление ребенка). Все эти проблемы, и в первую очередь споры, связанные с правом на воспитание детей при раздельном проживании родителей (ст. ст. 24, 65 СК РФ), являются объектом комплексного судебного психолого-психиатрического экспертного исследования.

При этом можно выделить три важных обстоятельства.

Во-первых, это совместное применение познаний в научной психологии и в психиатрии при четком разделении компетенции экспертов-психологов и экспертов-психиатров на разных этапах проведения экспертизы.

Во-вторых, при проведении данного вида экспертизы важна не только актуальная, но и ретроспективная и прогностическая экспертная диагностика и оценка изучаемых явлений.

В-третьих, и это главное, обсуждаемая разновидность экспертизы в гражданском процессе является не только *диагностической*, но и *ситуационной*. С позиций судебной экспертологии ее отнесение к классу диагностических экспертиз обусловлено установлением юридически значимых признаков отдельных исследуемых объектов, в качестве которых выступают психические особенности участников спорного правоотношения (индивидуально-психологические особенности, особенности психической деятельности родителей, уровень и особенности психического развития ребенка). В то же время судебная психолого-психиатрическая экспертиза является ситуационной, поскольку она носит комплексный характер и для нее характерно установление комплекса клинико-психологических особенностей родителей и ребенка, их поведения, взаимоотношений, на основе анализа которых и слагается целостная психологическая картина семейной ситуации.

Основываясь на этих обстоятельствах, характеризующих КСППЭ по спору раздельно проживающих родителей о месте жительства ребенка (детей), можно выделить три этапа экспертного исследования.

Этап 1. Индивидуальная диагностика членов семьи. Основными задачами, решаемыми на данном этапе экспертизы, являются:

1. Экспертная диагностика индивидуально-психологических особенностей каждого из родителей (отца и матери или других фактических воспитателей), возможного психического

расстройства каждого из родителей и, при их выявлении, выделение личностных особенностей, обусловленных характером и течением психического расстройства. Правомерность выделения данной задачи обусловлена требованием ч. 3 ст. 65 СК РФ при судебном разрешении спора между родителями учитывать «нравственные и иные личные качества родителей».

2. Экспертная диагностика индивидуально-психологических особенностей ребенка, особенности и уровень психического развития ребенка. В постановлении Пленума Верховного Суда РФ № 10 от 27 мая 1998 г. «О применении судами законодательства при разрешении споров, связанных с воспитанием детей» указывается, что к числу обстоятельств, которые необходимо устанавливать при рассмотрении подобных дел, относится «возраст, особенности психического развития ребенка».

При диагностике клинико-психологических особенностей каждого из родителей в компетенцию эксперта-психолога входит определение их индивидуально-психологических особенностей, а в компетенцию эксперта-психиатра – установление наличия или отсутствия каких-либо психических расстройств. В случае если у одного родителя (или у обоих) обнаруживается какое-либо психическое расстройство, совместной компетенцией психолога и психиатра будет являться определение тех личностных особенностей, которые обусловлены характером выявленной психической патологии, и их влияния на поведение. При психодиагностике ребенка к компетенции эксперта-психолога относится определение его индивидуально-психологических особенностей, к компетенции эксперта-психиатра – установление или исключение патологии или отставания в психическом развитии, а к сфере совместной компетенции (при диагностике дизонтогенеза) – интегративное заключение о клинико-психологических особенностях психического развития.

Основой диагностики на первом этапе комплексного экспертного исследования является ретроспективный анализ особенностей психического развития каждого из участников процесса, а также актуальная клинико-психологическая оценка их личностных, эмоционально-волевых, мотивационных, интеллектуальных особенностей, когнитивных способностей. Необходимость ретроспективной диагностики определяется тем, что без анамнестических данных нельзя установить индивидуально-психологические особенности каждого из членов семьи, возможные психические расстройства у них, а также патологически обусловленные нарушения возрастного психического развития ребенка. Кроме того, необходимо учитывать, что, как правило, сложившаяся конфликтная ситуация

в семье определяет высокий уровень эмоциональной напряженности каждого из ее членов, влияющий на их актуальное психическое состояние и поведенческие проявления. Поэтому выявляемые, к примеру, в экспериментально-психологическом исследовании личностные особенности членов семьи могут отражать не их стабильные качества, а ситуационно обусловленные особенности. Для обоснованного прогноза особенностей психического развития ребенка и особенностей поведения каждого из родителей в будущем следует учитывать этот фактор, предполагая, что после судебного решения и завершения конфликта эмоциональные состояния ребенка и воспитывающего его родителя изменятся.

Этап 2. Ситуационная диагностика семейных отношений. На данном этапе индивидуальная экспертная диагностика используется уже для анализа ситуации семейных взаимоотношений членов семьи в целом. Ситуационный анализ семейных отношений основывается на решении следующих основных задач комплексного клинико-психологического исследования:

3. Экспертная диагностика взаимоотношения ребенка с отцом и ребенка с матерью (диагностика попарных взаимоотношений ребенка с каждым из родителей). Как следует из ч. 3 ст. 65 СК РФ, суд при разрешении спора между родителями о месте жительства ребенка должен учитывать «отношения, существующие между каждым из родителей и ребенком».

4. Экспертная диагностика отношения ребенка к каждому из родителей, а также к другим членам семьи. Постановка данной задачи определяется необходимостью при судебном разбирательстве выяснения «привязанности ребенка к каждому из родителей, братьям и сестрам» (ч. 3 ст. 65 СК РФ). Суду при определении привязанности ребенка к другим членам семьи не следует опираться только на объяснения сторон, в том числе и ребенка, без необходимой их оценки и проверки, в основу решения суда должны быть положены все доступные доказательства по делу. Известно, что нередко на ребенка перед его опросом оказывают давление родственники, учат его, что говорить на судебном разбирательстве, поэтому для установления не декларируемого, а истинного отношения ребенка к членам своей семьи необходимо решение данной экспертной задачи.

5. Экспертная диагностика психологических отношений родителей между собой, определение характера психологического конфликта между ними. Как указывается в постановлении Пленума Верховного Суда РФ № 10 от 27 мая 1998 г. «О применении судами законодательства при разрешении

споров, связанных с воспитанием детей», при рассмотрении спора между родителями необходимо наряду с иными обстоятельствами установить «характер взаимоотношения родителей», при этом «если спор о праве на воспитание детей возник в связи с расторжением брака, следует обратить внимание на причины семейного конфликта».

Решение задач второго этапа комплексного экспертного исследования является в основном прерогативой эксперта-психолога, однако при выявленном влиянии на взаимоотношения между членами семьи психических расстройств кого-либо из них это решение будет входить в совместную компетенцию психологов и психиатров. Основой экспертной оценки семейных отношений, как и на первом этапе, является ретроспективная и актуальная их диагностика.

Этап 3. Прогностическая клинико-психологическая оценка психического развития ребенка. Этот этап комплексного судебного психолого-психиатрического экспертного исследования является завершающим, на нем синтезируются данные первого и второго этапов экспертизы и вырабатывается комплексная клинико-психологическая прогностическая оценка психического развития ребенка. На завершающем этапе экспертизы основным является решение следующих задач:

6. Экспертная прогностическая диагностика особенностей психического развития ребенка с учетом индивидуально-психологических особенностей каждого из родителей, особенностей их стиля воспитания, а также с учетом индивидуально-психологических особенностей ребенка, уровня и характера психического развития, его отношения к каждому из родителей. В широком смысле эта задача соподчинена судебному установлению возможности каждого из родителей «создания ребенку условий для воспитания и развития» (ч. 3 ст. 65 СК РФ). Необходимые условия для нормального и всестороннего психического развития ребенка, обеспечения его интересов (ст. 54 СК РФ) не сводятся только к его материальному содержанию, важное значение приобретают особенности воспитания, которые исключают пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей (ч. 1 ст. 65 СК РФ), патологические стили воспитания (типа гипер– и гипоопеки и др.).

7. Согласно ч. 3 ст. 65 СК РФ, спор между родителями о месте проживания ребенка решается судом «с учетом мнения детей». Право ребенка выражать свое мнение и быть заслушанным в ходе судебного разбирательства отражено в ст. 57 СК РФ, при этом «учет мнения ребенка, достигшего возраста десяти лет,

обязателен, за исключением случаев, когда это противоречит его интересам». Данное обстоятельство диктует необходимость при судебном разрешении спора между родителями учитывать мнение ребенка о месте его проживания, принимая во внимание особенности и уровень возрастного психического развития ребенка, а также влияние на его психическое состояние сложившейся конфликтной ситуации. В связи с этим еще одной задачей заключительного этапа экспертного исследования является диагностика способности ребенка к выработке и принятию самостоятельных решений.

На третьем этапе комплексная клинико-психологическая оценка психического развития ребенка, опираясь на данные, полученные на первых двух этапах путем ретроспективной и актуальной диагностики, является уже полностью прогностической. На этом этапе в ходе совместного обсуждения члены экспертной комиссии – психологи и психиатры – интегрируют все результаты, полученные в ходе клинико-психологического исследования.

При КСППЭ по спорам о месте проживания ребенка (или порядке его воспитания) применяется обширный набор *методик*.

Они составляют две группы.

Первую группу составляют методы диагностики индивидуально-психологических особенностей всех членов семьи и уровня психического развития ребенка. Естественно, при диагностике ребенка необходимо использовать методы исследования, учитывающие его возрастные особенности и возможности.

Вторую группу образуют методы, направленные на исследование взаимодействия членов семьи: могут использоваться опросники (типа «Опросника детско-родительских отношений») и проективные методы («Рисунок семьи», «Тест Жиля» и т. п.).

Заключение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по спорам между раздельно проживающими родителями о месте жительства детей может выступать прямым доказательством по делу и оценивается судом при разрешении спора в совокупности с другими доказательствами.

Рекомендуемая литература

Забродин Ю.М. Процессы принятия решений на сенсорно-перцептивном уровне // Проблемы принятия решений. – М., 1976.

Завалишина Д.Н., Ломов Б.Ф., Рубахин В.Ф. Уровни и этапы принятия решения // Проблемы принятия решений. – М., 1976.

Руководство по судебной психиатрии: Практическое пособие / Под ред. А.А. Ткаченко. – М., 2013.

Сафуанов Ф.С., Харитонова Н.К., Русаковская О.А. Психолого-психиатрическая экспертиза по судебным спорам между родителями о воспитании и месте жительства ребенка. – М., 2011.

Сахнова Т.В. Основы судебно-психологической экспертизы по гражданским делам. – М., 1997.

Сахнова Т.В. Судебная экспертиза. – М., 2000.

Приложения

Приложение 1

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации

от 19.05.2000 № 165

«О медицинском психологе в судебно-психиатрической экспертизе»

(извлечения)

Статьей 22 Уголовного кодекса Российской Федерации предусмотрена норма, регламентирующая уголовную ответственность лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости. Для выявления и судебно-психиатрической экспертной оценки таких расстройств необходимо применение специальных познаний не только в области психиатрии, но и психологии. При этом расчет времени работы медицинского психолога в составе амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий показывает необходимость уменьшения действующих штатных нормативов в 4 раза, а в штате отделений стационарной судебно-психиатрической экспертизы – в 1,7 раза.

Вместе с тем, существующая организация проведения судебно-психиатрических экспертиз с участием медицинских психологов не отвечает возросшим требованиям. Руководители ряда психиатрических учреждений, в структуре которых функционируют амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии и отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, отказываются проводить комплексные психиатрические и психологические исследования. Одной из причин отказа является отсутствие достаточного числа должностей медицинских психологов в составе судебно-психиатрических экспертных комиссий и в штате отделений стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

С целью устранения перечисленных недостатков в организации амбулаторной и стационарной судебно-психиатрической экспертизы,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в приказ Минздрава России от 28.08.92 № 240 «О состоянии и перспективах развития судебной психиатрии в Российской Федерации»:

1.1. Подпункт 1.3 пункта 1 изложить в следующей редакции: «Одна должность медицинского психолога на 250 судебно-психиатрических экспертиз в год (для экспертизы несовершеннолетних – на 200 проводимых комиссией экспертиз в

год)»;

1.2. Подпункт 2.3 пункта 2 изложить в следующей редакции: «Одна должность медицинского психолога на 15 коек».

<…>

Приложение 2

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.08.2003 № 401

«Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе»

(извлечения)

В целях развития реализации Федерального закона от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Отраслевую учетную форму № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)».

<…>

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

_____
(наименование учреждения)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЭКСПЕРТА (КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ)

от «___»_____г. №_____

Судебно-психиатрическая экспертиза
первичная, дополнительная, повторная, стационарная, амбулаторная, заочная, посмертная
(нужное подчеркнуть)
комплексная_____
(полное название)
_____
(фамилия, имя, отчество подэкспертного)
19__г. рождения, подозреваемого (обвиняемого) по ст.___УК РФ_____
_____
или в соответствии со ст._____ГК РФ (СК РФ, ТК РФ и др.), являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком, лицом, в отношении которого решается
(нужное подчеркнуть)
вопрос о дееспособности по делу_____
_____
(краткое описание сущности обвинения)
проведена в составе:

члена комиссии, эксперта _____
(Ф.И.О., образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, должность)
_____ _____
(подпись)
члена комиссии, эксперта _____
(Ф.И.О., образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, должность)
_____ _____
(подпись)
врача-докладчика, эксперта _____
(Ф.И.О., образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, должность)
_____ _____
(подпись)
другие участники процесса, присутствующие на экспертизе_____
_____
(Ф.И.О., процессуальное положение)
на основании определения (постановления) _____
(сведения об органе или лице, назначивших экспертизу)
_____ от «_____»_____20___г.

На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы_____
_____
(даются точно в формулировке, указанной в постановлении (определении) о назначении экспертизы)
_____
_____

Об ответственности по ст.307 УК РФ эксперты предупреждены

_____ (подпись)

_____ (подпись)

_____ (подпись)

По данному делу подэкспертный был ранее амбулаторно (стационарно) освидетельствован

_____

(указать, когда и где)

где вопросы о его психическом состоянии решены не были, даны противоречивые заключения

(нужное подчеркнуть)

установлен диагноз_____

_____

и экспертное заключение:_____

_____

На экспертизу в_____подэкспертный поступил

(наименование учреждения)

«_____»_____20___г.

Дата обращения в суд с ходатайством о продлении срока пребывания в стационаре (если таковое имеется)_____

Данные о соответствующем судебном решении_____

_____

(включая наименование суда и дату)

Сведения о ходатайствах, заявленных экспертами_____

_____

(какие дополнительные материалы затребованы)

Результаты рассмотрения_____

_____

Из материалов уголовного (гражданского) дела (№_____) в ___томах, личного дела_____, медицинской документации (_____

_____)

и со слов подэкспертного известно следующее:

(далее приводятся описание использованных методов, анамнез жизни, включая период совершения правонарушения и анамнез заболевания, если таковое имеется, описание физического, неврологического, психического состояния и данных лабораторных исследований; в выводах указывается характер и диагноз психического расстройства, если таковое имеется, обоснование диагноза; экспертная оценка и ее обоснование; рекомендованные меры медицинского характера и их обоснование)

Член комиссии_____ _____

(подпись)

Член комиссии_____ _____

(подпись)

Врач-докладчик_____ _____

(подпись)

<…>

ИНСТРУКЦИЯ

По заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)»

Заключение эксперта (комиссии экспертов) – документ, составляемый в соответствии с процессуальным

законодательством (УПК РФ и ГПК РФ) по итогам проведенной экспертизы.

<…>

Заключение по итогам судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) составляется в письменном виде за подписью всех проведших ее экспертов и скрепляется печатью учреждения, в котором она проводится. Срок составления экспертного заключения – не более 10 дней после окончания экспертных исследований и формулирования экспертных выводов.

<…>

4. Заключения комплексных судебно-психиатрических экспертиз

Заключение комплексной судебно-психиатрической экспертизы имеет ту же структуру, что и заключение СПЭ.

4.1. Введение

Формулируется наименование комплексной экспертизы (например, заключение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, <…>, заключение комплексной судебной психолого-сексолого-психиатрической экспертизы). Указывается, что «комплексное судебное (психолого-, сексолого-, нарколого– или др.) психиатрическое исследование произвела комиссия в составе……». Эксперты других специальностей указываются в числе других членов комиссии.

4.2. Исследовательская часть

4.2.1. Исследовательская часть каждого из взаимодействующих экспертов в полном объеме (до изложения выводов любого из них или объединенных выводов) выделяется особо и подписывается экспертом, ответственным за ее составление.

4.2.2. Допускается приведение не только анамнеза заболевания, но и сведений о жизни подэкспертного, имеющих значение для формулирования экспертных выводов, входящих в компетенцию экспертов других специальностей или в совместную компетенцию эксперта-психиатра и экспертов других специальностей (клинико-психологический, клинико-сексологический, клинико-наркологический анамнез). В этом случае анамнез подписывается всеми участвующими в экспертизе специалистами.

4.2.3. Возможно выделение определенных анамнестических блоков перед исследовательской частью смежного с психиатром специалиста. При этом необходимо избегать неоправданных повторов.

4.2.4. В разделах, отражающих данные исследований всех взаимодействующих экспертов (психиатрического,

психологического, сексологического, наркологического и др.), обязательно должны быть представлены в полном объеме использованные методы и результаты их применения, которые легли в основу заключения.

4.2.5. Каждый эксперт, участвующий в производстве комплексной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований.

4.3. Выводы

4.3.1. *Выводы эксперта одной специальности.*

Если среди поставленных перед экспертами вопросов имеется вопрос, ответ на который входит в компетенцию эксперта (экспертов) лишь одной специальности, то этот эксперт (эти эксперты) может сформулировать самостоятельный вывод, которым будет завершаться его (их) исследовательская часть в виде самостоятельной мотивировочной части.

4.3.2. *Интегративные или синтезирующие выводы (общая мотивировочная часть).*

Формулируются выводы комплексного экспертного исследования, входящие в совместную компетенцию.

Клинический анализ данных анамнеза, статуса, психической деятельности и поведения подэкспертного в юридически значимой ситуации дополняется анализом этих данных с использованием познаний других специалистов так, чтобы обобщающие характеристики всех сведений, содержащихся в описательной части акта, служили аргументами при формулировании общего вывода экспертной комиссии.

Порядок изложения выводов может определяться как порядком вопросов, содержащихся в постановлении или определении о назначении экспертизы, так и логической последовательностью ответов на вопросы, например, в соответствии с хронологической последовательностью возникновения различных юридически значимых ситуаций.

<…>

Приложение 3

Утверждены
Ученым советом
Государственного научного центра
социальной и судебной психиатрии
им. В.П. Сербского
Протокол № 3 от 5 марта 2001 г.

СТАНДАРТЫ

судебно-психиатрических экспертных исследований Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского[13]

(извлечения)

1.3. Дополнительные исследования

<…>

11. Экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ) в рамках судебно-психиатрической экспертизы должно дать экспертам-психиатрам информацию об особенностях и структуре психических процессов, индивидуально-психологических свойств и психическом состоянии испытуемого, которые нужны для уточнения диагноза и решения экспертных вопросов. Как правило, это требует:

а) предоставления дополнительных патопсихологических данных (патопсихологических симптомокомплексов) для дифференциальной диагностики психических расстройств;

б) определения степени выраженности имеющихся расстройств и отклонений от нормы.

12. ЭПИ включает в качестве обязательного компонента беседу с подэкспертным и наблюдение.

13. Необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методов, охватывающих основные сферы психической деятельности:

а) исследование умственной работоспособности и внимания (отсчитывание; таблицы Шульте (черно-белые и цветные); счет по Крепелину; корректурная проба Бурдона и др.) – не менее 1 методики;

б) исследование памяти (узнавание предметов; запоминание 10 слов; опосредованное запоминание по Леонтьеву; пиктограмма; запоминание коротких рассказов, картинок; пробы на опознание запоминаемых предметов и др.) – не менее 2 методик;

в) исследование ассоциативной сферы (ответные ассоциации; свободные ассоциации; тематические ассоциации; пиктограмма и

др.) – не менее 1 методики;

г) исследование мыслительной деятельности (исключение предметов; классификация предметов; исключение понятий; сравнение понятий; признаки понятий; простые и сложные аналогии; объяснение пословиц и метафор; последовательные картинки; сюжетные картинки; проба Эббингауза; незаконченные предложения; проба на чувствительность к логическим противоречиям и др.) – не менее 3 методик, которые должны охарактеризовать операциональную, логическую, смысловую сферы мышления и включать как наглядный, так и вербальный материал;

д) исследование индивидуально-психологических особенностей (различные самооценочные шкалы: по Дембо-Рубинштейн, САН, ПДО и др.; проективные и полупроективные тесты: ТАТ, Роршах, тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики и др.; личностные опросники: ММРІ, опросник Кеттелла и др.) – не менее 1 методики.

14. При определении уровня психического развития подэкспертных с интеллектуальной недостаточностью, а также малолетних и несовершеннолетних к этому списку необходимо добавить:

а) исследование организации интеллектуальной деятельности, конструктивного праксиса, обучаемости (последовательные картинки, кубики Кооса, доски Сегена с введением элементов обучающего эксперимента) – не менее 1 методики;

б) исследование общего уровня развития познавательной деятельности (опрос по общей осведомленности, практической ориентации, ориентации в социально значимых ситуациях и др. с возможным использованием вопросов теста Векслера; пробы на сформированность основных автоматизированных навыков чтения, письма, счета) – включается в беседу.

15. Заключение ЭПИ имеет стандартную структуру для всех видов исследования и состоит из введения, основной части и резюме.

Введение включает два раздела:

а) общая характеристика подэкспертного.

Содержит сведения, полученные психологом из беседы с подэкспертным и наблюдения: о характере контакта, особенностях поведения, эмоциональном состоянии и реакциях, об отношении подэкспертного к самому себе, совершенному правонарушению, ситуации экспертизы, собственным перспективам. Отражает жалобы и оценку подэкспертным собственного психического здоровья. Включает характеристику

социальных установок, ведущих мотивов, а также иных особенностей, имеющих значение для экспертизы;

б) особенности деятельности подэкспертного в ситуации проведения эксперимента.

Дается общая характеристика продуктивности интеллектуальной деятельности и особенностей выполнения подэкспертным экспериментальных заданий; особенностей мотивации при работе с экспериментальным материалом (в том числе проявления установочного поведения), отношения к процедуре исследования, особенностей усвоения инструкций, реакций на замечания экспериментатора и ситуации успеха и неуспеха, способности к коррекции ошибок и самостоятельной организации умственной деятельности.

Основная часть заключения предназначена для описания конкретных результатов ЭПИ по различным сферам психических процессов, индивидуально-психологических особенностей и психического состояния по следующей схеме:

А. Когнитивная сфера (познавательная деятельность):

а) умственная работоспособность, внимание;

б) мнестические процессы;

в) мышление:

– ассоциативная сфера;

– операциональная сфера;

– логическая сфера;

– смысловая сфера;

– предметно-конструктивная сфера.

Б. Уровень интеллектуального развития:

– объем общих сведений и знаний;

– практическая ориентировка;

– способность к приобретению новых знаний и навыков (обучаемость).

В. Индивидуально-психологические особенности и уровень развития личности.

Резюме обобщает сведения, полученные по результатам беседы, наблюдения и экспериментального психодиагностического исследования. В нем должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей подэкспертного, отражающая как нарушенные, так и сохранные стороны психической деятельности в виде определенных патопсихологических симптомокомплексов.

При наличии нарушений психической деятельности необходимо отразить степень их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сфере.

В резюме также следует включить описание психического

состояния подэкспертного на момент обследования.

<…>

1.4. Комплексные судебно-психиатрические экспертные исследования

<…>

1.4.2. Комплексные судебные психолого-психиатрические исследования

1. Участие психолога в КСППЭ предполагает выполнение экспериментального психодиагностического исследования и психологический анализ материалов уголовного дела для формулирования ответов на вопросы органа, назначившего экспертизу.

2. В дополнение к базовому минимальному набору методических средств в ЭПИ используется метод психологического анализа уголовного дела и приобщенных к нему материалов, из которых извлекаются:

А. Данные о личности подэкспертного:

а) особенности психического развития;

б) устойчивые индивидуальные особенности;

в) актуальное психическое состояние в юридически значимой ситуации;

г) структура отражения и осознания юридически значимой ситуации и регуляции собственной деятельности (поведения).

Б. Данные о юридически значимой ситуации:

а) развитие ситуации;

б) взаимодействие личности и ситуации.

3. При проведении КСППЭ необходимо расширить методический набор, используемый в ЭПИ, в зависимости от предмета экспертизы.

4. Экспертиза индивидуально-психологических особенностей и аффективных реакций и состояний обвиняемого: для исследования индивидуально-психологических особенностей обвиняемого используется несколько методик – минимум 2 в амбулаторных условиях, 3 – в стационарных.

5. Экспертиза несовершеннолетних обвиняемых: для оценки психического и личностного развития подэкспертного в рамках КСППЭ необходимо исследование в беседе, проективных и полупроективных методиках общего характера мотивации, интересов, его социальной направленности и сформированности самосознания. Индивидуально-психологические особенности также должны быть изучены более детально. На выявление этих данных должны быть направлены минимум 3 методики.

При групповых правонарушениях, в случаях, когда подросток играл подчиненную роль, следует определять внушаемость

несовершеннолетнего при помощи специальных проб.

6. В направленной беседе выясняется субъективное отражение подэкспертным ситуации правонарушения, его мотивов, оценок, прогноза последствий.

7. В КСППЭ способности малолетних и несовершеннолетних свидетелей правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания особое внимание уделяется развитию когнитивной сферы подэкспертных, для исследования которой используются специальные короткие методики и пробы. Оцениваются:

а) сформированность восприятия (узнавание предметов, зашумленные фигуры и др.);

б) различные виды памяти – минимум 3 методики;

в) уровень сформированности мыслительных процессов – минимум 4 методики;

г) внушаемость (при помощи специальных проб);

д) склонность к фантазированию (составление рассказов по картинкам, рисуночные проективные тесты) – минимум 1 методика.

8. В КСППЭ по определению способности малолетних и несовершеннолетних потерпевших по делам о половых преступлениях понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление виновному в беседу включается выяснение следующих вопросов:

а) осведомленность потерпевшей(его) в вопросах пола (о физиологических различиях между мужчиной и женщиной, особенностях функционирования женского организма, вопросах деторождения и др.);

б) знание социальных (морально-этических, правовых) аспектов отношений между мужчиной и женщиной, социального значения половых преступлений вообще и, в частности, для самой потерпевшей(его).

Кроме того, оцениваются индивидуально-психологические особенности потерпевшей(его) – минимум 2 методики.

<…>

Приложение 4

О должностных обязанностях и нормативах нагрузки психолога амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий и отделений стационарной судебно-психиатрической экспертизы (пособие для врачей)[14]

(извлечения)

<…>

Почасовые трудозатраты психолога-эксперта при проведении экспериментально-психологического исследования и КСППЭ

Экспериментально-психологическое исследование

Клиническая беседа: 1–3 часа, в амбулатории – 1 час.

Базовое экспериментально-психологическое исследование с учетом ведения протокола и времени обработки данных: 6–8 часов (с несовершеннолетними – до 10), в амбулатории – 5–6 часов.

Проведение *дополнительных методик* в диагностически сложных экспертных случаях: 1–3 часа (кроме амбулатории).

Анализ полученных *результатов и написание заключения*: 2–4 часа.

Общие временные затраты на проведение одного психодиагностического экспериментально-психологического исследования в стационаре составляют 10–15 часов (или 4 исследования в неделю), в амбулатории – 7–10 часов (или 4–5 исследований в неделю).

Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза

Клиническая беседа: 3–4 часа, в амбулатории – 2 часа (у несовершеннолетних – до 6).

Базовое экспериментально-психологическое исследование: 5–8 часов (у подростков – до 10).

Дополнительное обследование: 1–3 часа (кроме амбулатории).

Изучение материалов уголовного дела, составление выписок: 2–3 часа на один том уголовного дела (в случае проведения посмертной экспертизы – 5–6 часов), столько же времени на составление выписок.

Обобщение полученных результатов, *интегративный анализ, написание заключения*: 3–5 часов.

Участие в экспертной комиссии и оформлении акта: 2–3 часа.

Вызов в суд: 8–16 часов.

Общие временные затраты на проведение КСППЭ составляют 25–30 часов рабочего времени в стационаре (в особо сложных случаях – до 45), что составляет одну КСППЭ и одно

психодиагностическое исследование в неделю, в амбулатории – 18–20 часов или две КСППЭ в неделю или одну КСППЭ и два психодиагностических случая еженедельно.

Таким образом, исходя из приведенных нами научно обоснованных расчетов, психолог амбулаторного подразделения может провести 200 психодиагностических исследований в год. С учетом того, что КСППЭ достигают 12 % (статистические данные за последние годы) от общего числа экспертиз, одним психологом может быть проведено за год 40 КСППЭ и 120 обычных психодиагностических обследования.

<…>

В стационаре психолог может провести 160 психодиагностических исследований в год, или 35 КСППЭ и 90 обычных обследований.

<…>

notes

Примечания

1

Автор выражает благодарность психологу СВ. Воликовой за помощь при сборе материала к этой части работы.

2

Другое название данной группы психоактивных веществ – психоделики (от греч. *psyche* – психика и *delia* – иллюзия, галлюцинация).

3

Психотические варианты опьянения (острой интоксикации) рассматриваются в разделе Б.1 «Острые психозы».

4

К чрезвычайным ситуациям относят события, которые выходят за рамки обычного житейского опыта индивида или коллективного опыта окружающей его микросоциальной среды и с психологической точки зрения могут вызвать стресс у каждого, вне зависимости от его прежнего опыта или социального положения.

5

Наряду с другими существует особая форма утраты, наблюдающаяся у лиц, ранее страдавших хроническим заболеванием. Как известно, при некоторых хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы индивид вынужден вести жизнь полуинвалида, к которой он постепенно приспосабливается, а в последующем и привыкает. После проведения необходимой хирургической операции и восстановления функций органов у индивида может возникнуть реакция горя по той функционально ограниченной жизни.

6

См. лекцию «Методологические проблемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы».

Критерии такого ограничения описаны в лекции «Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза аффекта».

8

См. лекцию «Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза индивидуально-психологических особенностей и ограниченной вменяемости обвиняемого».

9

См. лекцию «Теоретические основы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы».

10

См. лекцию «Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лица, окончившего жизнь самоубийством».

11

См. лекцию «Актуальные проблемы профессиональной этики».

12

См. лекцию «Теоретические основы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы».

13

Стандарты судебно-психиатрических экспертных исследований ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Е.В. Макушкина. – М., 2001. Цитируются разделы, составленные Ф.С. Сафуановым и Е.Г. Дозорцевой.

14

О должностных обязанностях и нормативах нагрузки психологов амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий и отделений стационарной судебно-психиатрической экспертизы: Пособие для врачей / Подготовлено И.А. Кудрявцевым, М.В. Морозовой, О.Ф. Савиной. – М., 2000.